DIE RECHTLICHE STELLUNG

DER

ÄRZTE, APOTHEKER, KRANKEN- UND HEILANSTALTEN NACH DER REICHSVERSICHERUNGSORDNUNG

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN RECHTS- UND STAATSWISSENSCHAFTLICHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER RECHTS- UND STAATSWISSENSCHAFTLICHEN DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

GERICHTSASSESSOR WILHELM DE MARTINCOURT

AUS BERNAU

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

BERLIN

BUCHDRUCKEREI PASS & GARLEB G. M. B. H.

1913

Referent: Professor Dr. R. Piloty.

Inhaltsverzeichnis.

I. Rechtszustand und Reformbestrebungen vor dem Erlaß der Reichsversicherungsordnung.

Seite

§ 1. Einleitung 1

§ 2. Die Gewährung ärztlicher Behandlung und die Arzneiversorgung durch die Krankenkassen unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes 3

§ 3. Bestrebungen der Aerzte auf gesetzliche Einführung der freien Arztwahl 12

§ 4. Der Versuch einer Regelung der Arztfrage durch den Vorentwurf der Reichsversicherungsordnung und die Stellungnahme der Aerzte dazu 16

§ 5. Die Vorschriften des zweiten Entwurfs 24

§ 6. Die Beratung des Entwurfs im Reichstage und in der Reichstagskommission 28

II. Das geltende Recht der Reichsversicherungsordnung.

§ 7. Voraussetzungen der Fürsorgepflicht der Versicherungsträger 32

§ 8. Die Art und Weise der Fürsorgepflicht der Versicherungsträger 39

§ 9. Die Berechtigung der Versicherungsträger zur Einleitung eines Heilverfahrens 51

§ 10. Das Verhältnis der Krankenkassen zu Aerzten, Zahnärzten und Krankenhäusern 60

§ 11. Das Verhältnis der Krankenkassen zu Apothekern und Arzneimittelhändlern 69

Seite

§ 12. Einwirkung der Vereinigung, Schließung und Auflösung von Kassen auf bestehende Vertragsverhältnisse 73

§ 13. Die Einwirkung der Reichsversicherungsordnung auf Verträge, welche von den Kassen vor ihrem Inkrafttreten abgeschlossen sind 77

§ 14. Die Mitwirkung der Aerzte im Feststellungsverfahren 79

§ 15. Die Regelung des Verhältnisses zwischen Aerzten und Krankenkassen in dem schweizerischen Bundesgesetze über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 und die Aussichten einer künftigen Gestaltung in der deutschen Gesetzgebung 104

I. Rechtszustand und Reformbestrebungen vor dem Erlass der Reichsversicherungsordnung.

§ 1. Einleitung.

Im Gegensatz zu dem gewöhnlich durch ein einmaliges Ereignis hervorgerufenen Schaden der Privatversicherung erstrecken sich die Schäden, welche in der Sozialversicherung den Versicherungsfall begründen, auf einen längeren Zeitraum. Diese besondere Natur der Sozialversicherung bewirkt es, daß die Versicherungsträger ein außerordentliches Interesse an der Beseitigung oder doch wenigstens möglichst starken Herabminderung der den Versicherungsfall bedingenden Verhältnisse haben. Zu diesem Zwecke bedarf es einer unmittelbaren Einwirkung auf den Erkrankten, durch Unfall Verletzten, Invalide oder berufsunfähig Gewordenen. Diese liegt aber auch im wahren Interesse des Versicherten selbst. Wie unser bürgerliches Recht bei der Verpflichtung zum Schadenersatz in erster Linie die Naturalrestitution fordert als diejenige Entgeltung, welche den Interessen des Geschädigten am meisten gerecht wird und erst in zweiter Linie den Barersatz zuläßt, so ist auch in der sozialen Versicherung in erster Linie die Naturalversorgung mit den Mitteln vorgeschrieben, welche zur Aufhebung des anormalen, den Versicherungsfall bedingenden Zustandes geeignet sind. Diese Regelung schließt auch eine nicht zweckentsprechende Verwendung einer etwa an Stelle der Naturalversorgung gewährten Geldunterstützung zum Nachteil der Versicherungsträger aus.

Die Versicherungsträger haben daher beim Vorliegen des Versicherungsfalles entweder in Erfüllung einer gesetz-

lichen Pflicht oder in Ausübung einer fakultativen Berechtigung die Möglichkeit einer direkten Einwirkung auf den Versicherten, die sich dieser bei Vermeidung von Rechtsnachteilen gefallen lassen muß. Diese Umstände bedingen mannigfache Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern einerseits und den Aerzten, welche die Behandlung der Versicherten übernehmen, sowie den Apothekern, welche die Arznei liefern. Neben den für Krankengelder und Renten aufzubringenden Summen erfordern die Ausgaben für diese Zwecke den größten Teil der Mittel der Versicherungsträger: ja, bei den Krankenkassen übersteigen die für ärztliche Behandlung, Krankenhauspflege und Versorgung mit Arznei zu zahlenden Summen den Betrag des zu zahlenden Krankengeldes.

Nach dem statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich beliefen sich die Ausgaben der Krankenkassen für das Jahr 1909 auf:

71 335 248 M. für Aerzte,
44 470 181 „ für Arznei,
41 706 517 „ für Krankenanstalten,
134 456 433 „ für Krankengeld[1]).

Berücksichtigt man die durch die Reichsversicherungsordnung hervorgerufene Ausdehnung des Kreises der Versicherten und die Erhöhung der die Versicherungspflicht bedingenden Einkommensgrenze von 2000 auf 2500 M., so ergibt sich für die Folgezeit eine bedeutende Steigerung dieser Beträge. Diese Zahlen zeigen das außerordentliche Interesse, welches die Versicherungsträger an einer Regelung ihres Verhältnisses zu Aerzten, Apothekern sowie den Kranken- und Heilanstalten haben, um so mehr, als für die Bemessung der ihnen noch daneben obliegenden Geldleistungen die ärztlichen Gutachten über den körperlichen Befund die Hauptgrundlage bilden. Dieser außerordentlichen wirtschaftlichen Bedeutung entspricht in keiner

[1]) Die Knappschaftskassen sind in diese Aufstellung nicht mit einbezogen.

Weise die rechtliche Normierung der gegenseitigen Vertragsverhältnisse. Zu Anfang der sozialen Gesetzgebung hatte der Gesetzgeber alle näheren Vereinbarungen der vertraglichen Feststellung zwischen den Beteiligten überlassen. Man konnte damals die Entwicklung nicht übersehen und ging von der Annahme aus, daß ebenso wie bei den schon bestehenden freiwilligen Krankenkassen das Verhältnis zwischen Kassen und Aerzten sich von selbst zweckmäßig entwickeln werde[2]).

Dieser Mangel an Vorschriften hat jedoch im Laufe der Zeit einen immer schärferen Gegensatz zwischen den Versicherungsträgern und den Aerzten — teilweise auch mit den Apothekern — hervorgerufen, unter dem häufig die Interessen der Versicherten zu leiden hatten. Infolgedessen versuchte der Gesetzgeber bei der Neurevision Maßnahmen zur Einschränkung der Vertragsfreiheit der Parteien zu treffen, um die bisherigen Kämpfe möglichst zu vermeiden. Dieser Versuch ist jedoch nur hinsichtlich der Verhältnisse zwischen den Krankenkassen und Apothekern als geglückt anzusehen, während sich für die vorgeschlagene Lösung der Arztfrage im Reichstage keine Mehrheit fand.

In folgendem sollen die Gesichtspunkte erörtert werden, welche bei der Regelung dieser Frage in Betracht kommen, welcher Ausdruck sie in dem gegenwärtig bestehenden Text der Reichsversicherungsordnung gefunden haben und in wieweit Aerzte, Apotheker sowie Kranken- und Heilanstalten überhaupt an den einzelnen Vorschriften des Gesetzes interessiert sind.

§ 2. Die Gewährung ärztlicher Behandlung und die Arzneiversorgung durch die Krankenkassen unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes.

1. Schon vor dem Inkrafttreten der sozialpolitischen Gesetze war durch das Hilfskassengesetz vom 7. April 1876 weiteren Kreisen die Möglichkeit gegeben, sich freiwillig

[2]) Komm.-Ber. 2. Buch, Seite 268.

gegen Krankheit zu versichern. Allerdings lag ein Zwang zur Gewährung ärztlicher Hilfe und freier Arznei für die Hilfskassen von vornherein nicht vor; erst die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892, welche die Befreiung von der Zwangskrankenversicherung nur dann zuließ, wenn die Zugehörigkeit zu einer Hilfskasse nachgewiesen war, welche neben Krankengeld freie ärztliche Behandlung und Arznei gewährte, schloß die Ablösung der Heilungskosten durch ein erhöhtes Krankengeld aus.

2. a) Hingegen hatten die Gemeinden als Träger der Gemeindekrankenversicherung und die Ortskrankenkassen von vornherein ärztliche Hilfe und freie Arznei in natura zu gewähren[1]). Eine Abfindung versicherungspflichtiger Personen hinsichtlich der ärztlichen Behandlung, der Arzneien und sonstiger Heilmittel in Geld war nicht zulässig[2]).

b) Bei der Versorgung mit ärztlicher Hilfe und Arzneien bestanden nebeneinander folgende zwei Systeme: das System der Kassenärzte und Kassenapotheken einerseits und das der freien Aerztewahl und der freien Apothekenwahl andererseits. Bei ersterem System waren feste Verträge abgeschlossen und den Versicherten nur die Vertragsärzte und -Apotheken zur Inanspruchnahme offen gelassen, während bei freier Aerzte- und Apothekenwahl die Inanspruchnahme eines jeden Arztes und Apotheke, die sich auf die Bedingungen der Kassen verpflichtet hatten, zulässig war.

c) Durch die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom Jahre 1892 wurde noch besonders zum Ausdruck gebracht, daß sowohl die Gemeinden (durch Beschluß) wie die Ortskrankenkassen (durch Kassenstatut) bestimmen konnten, daß die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung in einem Krankenhause nur durch bestimmte Aerzte, Apotheker und Kranken-

---

[1]) § 6 Abs. I Ziff. 1 und § 20 KVG.

[2]) Entscheidung des Badischen Verwaltungsgerichtshofes vom 3. Juni 1902, Arbeiterversorgung 1902, Seite 498.

häuser gewährt, und daß die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheker und Krankenhäuser entstandenen Kosten — von dringenden Fällen abgesehen — abgelehnt werden könne[3][4]).

Aus dieser Bestimmung zu schließen, es sei erst hiermit möglich geworden, das Kassenarztsystem und das System der Kassenapotheken einzuführen, wie Stier/Somlo annimmt[5]), erscheint in der Entstehungsgeschichte der Novelle nicht begründet. In den Motiven zum Entwurf heißt es: „Im Interesse der Gemeindekrankenversicherung ist es in der Regel dringend geboten, bestimmte Aerzte für die Behandlung der Versicherten anzustellen und nur durch diese regelmäßig die ihr obliegende ärztliche Behandlung gewähren zu lassen. Dieses Recht muß ihr ausdrücklich im Gesetz gewahrt werden, um sie gegenüber anderweitiger Auslegung des § 6 zu schützen." Demnach sollte durch diese Bestimmung die bis dahin in der Rechtsprechung mehrfach angezweifelte Befugnis der Krankenkassen, ihren Mitgliedern ausschließlich die von ihnen angenommenen Aerzte zur Verfügung zu stellen, im Gesetz einwandfrei ausgedrückt werden. Tatsächlich überwog auch von vornherein der Kassenarztzwang[6]).

d) Um stets eine ausreichende ärztliche Fürsorge der Kassenmitglieder zu gewährleisten, war weiter durch § 56a des KVG. der höheren Verwaltungsbehörde das Recht gegeben, auf Antrag von mindestens dreißig beteiligten Versicherten — nach Anhörung der Kasse und Aufsichtsbehörde — die Gewährung der ärztlichen Leistungen und

---

[3]) § 6 Ziff. 6 und § 26a Ziff. 2b KVG.

[4]) Die auf Grund dieser Bestimmung geschlossenen Verträge waren nach der Novelle zum KVG. vom 25. Mai 1903 der Aufsichtsbehörde mitzuteilen, um die Möglichkeit zu gewähren, für die künftige Lösung der Arzt- und Apothekenfrage das sachliche Material in geeigneter Weise zu sammeln (Reichstagsdrucksachen 1900/03, Seite 6198).

[5]) Die Aerztefrage und der Staat, Seite 9.

[6]) Komm.-Ber. 2. Buch, Seite 268,269.

der Versorgung mit Arznei durch weitere als die von der Kasse bestimmten Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser zu verfügen, wenn durch die von der Kasse getroffenen Anordnungen eine den berechtigten Anforderungen der Versicherten entsprechende Gewährung jener Leistungen nicht gesichert war. Wurde einer solchen Verfügung nicht binnen der gesetzten Frist Folge geleistet, so konnte die höhere Verwaltungsbehörde die erforderlichen Anordnungen statt der zuständigen Kassenorgane mit verbindlicher Wirkung für die Kasse treffen.

Ebenso konnte die Aufsichtsbehörde, solange die Organe der Kasse die Erfüllung ihrer gesetzlichen oder statutenmäßigen Obliegenheiten verweigerten, die Befugnisse und Obliegenheiten der Kassenorgane selbst oder durch von ihr zu bestellende Vertreter auf Kosten der Kasse wahrnehmen[7]) (§ 45 Abs. 5 KVG.).

3. Die den Krankenkassen zur Verfügung stehenden Mittel sind naturgemäß beschränkt. Ursprünglich durften die den Kassenmitgliedern zur Last fallenden Beiträge bei Errichtung der Kasse nur 2 % des durchschnittlichen Tagelohns betragen; eine spätere Erhöhung auf 3 % konnte nur bei übereinstimmenden Beschlüssen sowohl der Arbeitgeber wie der Kassenmitglieder vorgenommen werden[8]). Infolge der Ausdehnung der Mindestdauer der Krankenunterstützung von 13 auf 26 Wochen durch die Novelle vom 25. Mai 1903 wurden diese Sätze auf 3 bzw. 4 % erhöht[9]). Konnten die

---

[7]) Nach dem Reskript des Preußischen Handelsministers vom 6. Mai 1903 waren die Voraussetzungen des § 45 Abs. V auch dann als gegeben anzusehen, wenn der Kassenvorstand bei bestehendem Streit mit den bisherigen Kassenärzten und deren Weigerung, unter den augenblicklichen Verhältnissen den Kassenmitgliedern — abgesehen von dringender Gefahr — ärztliche Hilfe zu gewähren, tatsächlich seiner Verpflichtung, den Mitgliedern ärztliche Hilfe zur Verfügung zu stellen, nicht nachkam. (Arbeiterversorgung 1903, Seite 516.)

[8]) § 31 KVG.

[9]) Nach der Reichsversicherungsordnung betragen diese Sätze 4½ bzw. 6%, vergl. § 388, 389 RVO.

gesetzlich zu gewährenden Mindestleistungen nicht gedeckt werden und kam trotzdem ein übereinstimmender Beschluß der Arbeitgeber und der Kassenmitglieder auf Erhöhung der Beiträge nicht zustande, so war die Kasse der Gefahr der Auflösung ausgesetzt[10]).

Bei dieser Beschränkung hinsichtlich der Höhe der verfügbaren Mittel lag es in der Natur der Sache, daß die Kassen versuchten, das für den Behandlungsfall auszuwerfende Honorar möglichst niedrig zu halten und die Arzneimittel sich möglichst billig zu verschaffen. Demgemäß wurden von den Apothekern Rabattsätze auf die Arzneitaxe gefordert, während durch Verträge mit Aerzten die Anwendbarkeit der — mangels besonderer Vereinbarungen geltenden — Mindestsätze der landesgesetzlichen Gebührenordnungen ausgeschlossen wurde.

a) Zur Durchsetzung ihrer Forderungen den Apothekern gegenüber entnahmen die Kassenvorstände aus den gewerblichen Lohnkämpfen häufig das Kampfmittel des Boykotts, der bei dem Konzessionssystem der Apotheken, das eine gleichmäßige Verteilung über das ganze Reich zwecks möglichst schneller Erreichbarkeit vorsieht, leicht die wirtschaftliche Existenz der Apothekenbesitzer gefährden konnte, um so mehr als diese durch die Apotheke an Ort und Stelle gebunden waren. Gingen nämlich die Apotheker auf die verlangte Rabattgewährung nicht ein, so nahmen die Kassen die zum Handverkauf zugelassenen Mittel in eigene Regie oder bezogen sie von Drogisten und beschränkten die Entnahme der übrigen Heilmittel auf ganz wenige Apotheken, welche nach den gesetzlichen Bestimmungen selbst wider ihren Willen sich der Abgabe der Arznei nicht entziehen durften. Solche Boykottierungsmaßnahmen sind hauptsächlich in größeren Städten zutage getreten[11]), wie z. B. in Köln i. J. 1901[12]) und in Berlin in den Jahren 1900—1903.

[10]) § 47 Ziff. 2 KVG.

[11]) Vergl. Begründung zum Entwurf der RVO. Seite 137, 138.

[12]) Vergl. Arbeiterversorgung 1905. Seite 567. In Berlin verlangte die Zentralkommission der Krankenkassen Deutschlands

b) Obgleich die Aerzte sich dem System der Zwangsversicherung gegenüber von vornherein opferwillig zeigten, so nahm auch das Verhältnis zwischen ihnen und den Kassen allmählich an Schärfe zu. Im Gegensatz zur Stellung der Apotheker, welche einem Zwang zur Abgabe der von ihnen geführten Arzneimittel unterliegen, ist der Beruf des Arztes ein freier Beruf. Diese Berufsfreiheit ist durch die Vorschriften der Gewerbeordnung für das ganze Reichsgebiet einheitlich gewährleistet. Während vor dem Inkrafttreten der Gewerbeordnung[13]) in manchen Bundesstaaten noch ein Kurierzwang bestand[14]), dem allerdings auch strenge Kurpfuschereiverbote entsprachen[15]), sind durch § 144 Abs. II GO. „die für Medizinalpersonen bestehenden besonderen Bestimmungen aufgehoben, welche ihnen unter Androhung von Strafen einen Zwang zu ärztlicher Hilfe auferlegen." Der Arzt unterliegt nach Reichsrecht in demselben Umfange wie jeder andere Staatsbürger nur dann einer Bestrafung, „wenn er bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not, von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zur Hilfe aufgefordert, keine Folge leistet, obgleich er der Aufforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen konnte[16]). Hierüber hinaus kann eine Bestrafung wegen verweigerter Hilfe-

---

einen Rabatt von 25 % auf die Rezeptur. Der Streit wurde am 1. Juli 1903 beendet, indem den Kassen ein Rabatt von $16^2/_3$ % gewährt wurde. Vergl. Arbeiterversorgung 1902, Nr. 27.

[13]) Vergl. Bischoff: Der Einfluß des norddeutschen Gewerbegesetzes auf die Medizin, Seite 9 ff; Neumann: Die öffentlichrechtliche Stellung der Aerzte, Seite 16 ff.; über die beamtete Stellung der Aerzte im vormaligen Großherzogtum Nassau vergl. Lennhoff: Die zukünftige staatsrechtliche Stellung der Aerzte in Deutschland.

[14]) Vergl. § 200 des Preußischen Strafgesetzbuches vom Jahre 1851, welches Medizinalpersonen, die in Fällen dringender Gefahr ohne hinreichende Ursache ihre Hilfe verweigerten, Geldstrafe von 20—500 Talern androhte.

[15]) Vergl. Stier-Somlo: Die Kurpfuscherei und ihr Verbot. (Annalen des Deutschen Reiches 1908, Seite 408 ff.)

[16]) § 360 Ziff. 10 RStrGB.

leistung nur bei Verletzung der Standesehre auf Grund der landesgesetzlich erlassenen ehrengerichtlichen Vorschriften erfolgen.

Gegenüber dieser Freiheit des ärztlichen Berufs bestand nun unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes ein unbedingter Zwang der Kassen zur Gewährung ärztlicher Hilfe in natura, so daß in vielen Fällen die Aufsichtsbehörde eingreifen mußte, damit die Kassen dem Anspruche der Versicherten auf ausreichende Gewährung ärztlicher Hilfe auch Genüge leisteten, wenn die Kassenvorstände sich weigerten, die von den Aerzten für die Uebernahme der Behandlung geforderten Bedingungen zu erfüllen.

4. Hinsichtlich der Vergütung der ärztlichen Leistungen der festangestellten Kassenärzte haben sich im Laufe der Zeit mannigfache Formen herausgebildet. Hauptsächlich kommen folgende Arten vor: Entweder richtet sich die Vergütung nach der Zahl der einzelnen Leistungen oder es wird das Entgelt in Gestalt eines Pauschales gewährt. Bei der gemeinsamen Pauschalierung mehrerer Aerzte finden sich in bezug auf die Verteilung des von der Kasse ausgeworfenen Pauschales besonders zwei Systeme: das Bonsystem und das Pointsystem[17]).

Bei dem Bonsystem übergibt der Erkrankte dem Arzt bei der ersten Konsultation einen am Krankenschein befindlichen abreißbaren Coupon, der je nach den Bestimmungen der Kasse eine Gültigkeit von einer Woche bis zu einem viertel Jahr hat. Unabhängig von der Zahl der Behandlungen erhält dann der Arzt am Schluß des Vierteljahrs die auf den Bon entfallende Honorarsumme ausgezahlt, deren Höhe durch Division sämtlicher eingesandter Bons in das ausgeworfene Gesamthonorar festgestellt wird.

b) Beim Pointsystem werden die Einzelleistungen des Arztes nach Points bewertet, die nach Sprechstundenbesuchen, häuslichen Besuchen, chirurgischen und ähnlichen Leistungen abgestuft sind. Am Schlusse des Vierteljahrs

---

[17]) Vergl. Jaffé: Stellung und Aufgaben des Arztes, S. 67, 68.

berechnet jeder Arzt die von ihm gewährten Leistungen nach Points, worauf die Kasse nach der Gesamtsumme aller Points zum ausgeworfenen Honorar den Wert des einzelnen Point berechnet und darnach das Honorar an die einzelnen Aerzte nach Maßgabe ihrer Liquidation verteilt.

Daß bei dem Kassenarztsystem die Bezahlung der Aerzte vielfach ungenügend und die ärztliche Behandlung der Kassenmitglieder nicht immer ausreichend war, muß man zugestehen. Zu dieser zum Teil ungenügenden Entlohnung der ärztlichen Leistungen kam noch die Unsicherheit darüber, ob ein bestehendes Vertragsverhältnis nach Ablauf auch weiter fortgesetzt werden würde. Diese Unsicherheit der wirtschaftlichen Existenz mußte wachsen, je mehr Personenkreise in die Zwangsversicherung einbezogen wurden und je mehr die Kassen auch die Behandlung an erkrankte Familienangehörige ihrer Mitglieder gewährten.

5. Die überwiegende Mehrheit der Aerzteschaft strebt daher die Abschaffung des Kassenarztsystems und den Uebergang zur freien Aerztewahl an, und zwar in der Form der bedingten oder organisiert freien Aerztewahl.

a) Bei der bedingt freien Aerztewahl kann jeder Arzt, der im Geschäftsgebiet einer Kasse wohnt und Kassenpraxis treiben will, dies unter bestimmten zwischen ihm und der Kassenverwaltung vereinbarten Bedingungen tun; unter diesen Aerzten steht jedem Kassenmitgliede im Krankheitsfalle die Wahl frei.

b) Eine Sonderform der bedingt freien Aerztewahl bildet die in den letzten Jahren mehr und mehr in Aufnahme gekommene „organisierte freie Aerztewahl". Bei dieser wird der Vertrag über die ärztliche Behandlung von der bestehenden Organisation der Aerzte abgeschlossen, die auch Maßnahmen zur Kontrolle des ärztlichen Dienstes trifft. Allerdings können auch Nichtmitglieder der Organisation unter denselben Rechten und Pflichten wie die Mitglieder an den Verträgen teilnehmen, wenn sie sich der Organisation gegenüber zu deren Anerkennung verpflichten. Zu irrtümlichen Auffassungen über den Begriff der „organisiert freien

Aerztewahl" haben die Ausführungen des Kgl. Württembergischen Bundesratsbevollmächtigten in der Reichstagskommission Veranlassung gegeben[18]). In Württemberg erfolgt nämlich die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder im Wege der in den meisten Fällen überwiegenden freien Aerztewahl zum größten Teil in der Art, daß die Zulassung zur Behandlung von Kassenpatienten an die Bedingung der Zugehörigkeit zu einer bestimmten ärztlichen Vereinigung geknüpft ist. Nur in Württemberg wird dieses System unter dem Begriff der „organisiert freien Aerztewahl" bezeichnet. Die Forderung, nur die Aerzte einer bestimmten Organisation zur Behandlung von Kassenmitgliedern zuzulassen — unter Anschluß von nicht oder anders organisierten — wird an sich von der Aerzteschaft nicht erhoben[19]).

6. Ueber die verschiedenen Arten der Versorgung der Kassenmitglieder mit ärztlicher Hilfe ist im Laufe der Jahre eine umfangreiche Literatur entstanden[20]).

Als Vorteil der freien Aerztewahl wird hingestellt: Sie gewähre Unabhängigkeit von der Willkür der Kassenverwaltung und schließe die Ueberbürdung der Aerzte aus, welche häufig eingetreten sei, weil zu wenig Aerzte angestellt gewesen seien; die freie Aerztewahl verhindere weiter die Monopolisierung der Kassenpraxis in den Händen relativ weniger Aerzte, durch welche ein großer Teil derjenigen Bevölkerungsklasse, welche speziell die Kundschaft des jungen Arztes bilde, der freien Praxis entzogen werde; endlich läge sie aber auch im wahren Interesse der Versicherten, welche einen vom Vorstande der Kasse unabhängigen Arzt wählen könnten, zu dem sie Vertrauen hätten.

---

[18]) Vergl. Komm.-Ber. 2. Buch, Seite 272 ff.

[19]) Vergl. die Besprechung des Werkes von Maschke: Boykott, Sperre, Aussperrung, in den ärztlichen Mitteilungen Jahrgang 1911, Seite 737.

[20]) Vergl. Stier-Somlo: Deutsche Sozialgesetzgebung, Seite 277, Anm. 34. Ferner zahlreiche Nachweisungen in den von demselben Verfasser herausgegebenen Jahrbüchern des Verwaltungsrechts.

Als die bedenklichsten Nachteile, welche leicht mit der freien Aerztewahl verbunden sein können, werden namentlich die folgenden angeführt: Sie zwinge den Kassen unbesehen jeden im Kassenbezirk wohnenden Arzt auf, bringe unerfahrene junge Aerzte in Vertrauensstellungen und befasse diese mit Gutachtertätigkeit in Rentensachen und dergleichen; sie fördere in unerwünschtem Maße das ärztliche Spezialistentum, weil sie die Inanspruchnahme des Spezialisten unbeschränkt zulasse und lediglich in das Ermessen des Erkrankten stelle; sie lockere weiter die persönlichen Beziehungen zwischen den Kassenverwaltungen und den Aerzten und mindere das Interesse der Aerzte am Gedeihen der Kasse; sie fördere auch das Simulantentum und steigere die Ausgaben der Kasse im Uebermaß: sie veranlasse nämlich die Mitglieder, diejenigen Aerzte zu bevorzugen, welche im Verschreiben von Arzneien und Stärkungsmitteln, im Ausstellen von Bescheinigungen über Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sowie in der Zahl der ärztlichen Besuche am weitesten gehen; ferner aber erschwere sie die Ueberwachung der Kranken wegen der mit ihr verbundenen Möglichkeit, den Arzt häufig zu wechseln; endlich aber erreiche sie ihren Zweck, den Aerzten den freien Wettbewerb zu sichern, insofern nicht, als sie für den Arzt statt der Gefahr einer Abhängigkeit von der Kassenverwaltung den mindestens ebenso bedenklichen Mißstand der Abhängigkeit von den einzelnen Kassenmitgliedern schaffe und überdies die Auswahl des Arztes unter Einflüsse außenstehender Faktoren stelle[21]).

§ 3. Bestrebungen der Aerzte auf gesetzliche Einführung der freien Aerztewahl.

1. Die gesetzliche Festlegung der freien Aerztewahl wird besonders von dem im Jahre 1900 gegründeten „Ver-

[21]) Vergl. Begründung zum Entwurf der RVO., Seite 129, 130; Zacher: Die Arbeiterversicherung im Ausland, Band 1a, Seite 12.

band der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen" in Leipzig gefordert, der im Jahre 1903 dem Deutschen Aerztevereinsbunde als wirtschaftliche Abteilung angegliedert wurde und der in der ausgesprochenen Absicht begründet ist, „die deutschen Aerzte zur Besserung ihrer wirtschaftlichen Lage zusammenzuschließen und insbesondere solche Kollegen zu unterstützen, die in Wahrung der Standesinteressen gegenüber Krankenkassen und ähnlichen Korporationen materielle Einbuße erlitten haben oder zu erleiden befürchten müssen[1]). Allerdings war schon vorher — bereits seit dem Jahre 1884 — die Regelung des Verhältnisses zwischen Aerzten und Krankenkassen Gegenstand der Beratungen der Aerztetage gewesen, wenngleich erst seit dem Jahre 1891 mit dem Beschluß des Aerztetages in Weimar die „freie Aerztewahl" als die beste Art der Versorgung mit ärztlicher Hilfe hingestellt wurde. In den folgenden Jahren erklärten sich die Beschlüsse der Aerztetage in Eisenach (1895), in Nürnberg (1896) und Dresden (1899) ebenfalls für ihre Einführung[2]).

Ihren besonderen Ausdruck haben die Bestrebungen der Aerzteschaft auf gesetzliche Einführung der „freien Aerztewahl" in einer auf dem 30. Deutschen Aerztetag in Königsberg i. P. am 4. und 5. Juli 1902 beschlossenen Denkschrift gefunden, welche angesichts der bevorstehenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes den Mitgliedern des Bundesrates am 23. Dezember 1902 und am 13. Januar 1903 den Mitgliedern des Reichstages überreicht wurde. Die in dieser Denkschrift enthaltenen Thesen, das sogenannte „Königsberger Programm", haben bis auf den heutigen Tag die Richtlinie der ärztlichen Forderungen in bezug auf die gesetzliche Normierung ihres Verhältnisses zu den Trägern der Sozialversicherung gebildet. Von den in den

---

[1]) § 2 der Satzung des Verbandes.

[2]) Vergl. die Uebersicht der in den Jahren 1884 bis 1899 auf den Deutschen Aerztetagen gefaßten Beschlüsse bei Jaffé: Stellung und Aufgaben des Arztes, Seite 161—164.

sieben Thesen aufgestellten Forderungen sind die folgenden fünf von besonderem Interesse:

I. Die Mitglieder der Kassen sollen die Hilfe jedes Arztes anrufen können, der im Bezirke der Krankenkassen tätig ist und sich auf die vereinbarten Bedingungen verpflichtet hat.

II. Die gegenseitigen Leistungen zwischen Aerzten und Krankenkassen sollen vereinbart werden von Kommissionen, die zu gleichen Teilen von Aerzten des Bezirks und Delegierten der Krankenkassen gebildet werden.

III. Den Honorarbestimmungen seitens dieser Kommissionen ist die staatliche Taxe zugrunde zu legen.

IV. Personen mit einem Gesamteinkommen von über 2000 M. dürfen weder Kassenmitglieder werden noch bleiben.

V. Die Behandlung von erkrankten Mitgliedern darf nur durch die in deutschen Bundesstaaten approbierten Aerzte stattfinden, welche auch einzig und allein berechtigt sind, die Erwerbsunfähigkeit eines Mitgliedes zu bezeugen.

2. In der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903, die am 1. Februar 1904 in Kraft trat, wurde diesen Forderungen nicht Rechnung getragen. Trotzdem von allen Parteien des Reichstags, mit Ausnahme der sozialdemokratischen, die Unzuträglichkeiten, die sich bei der bisherigen Regelung der Kassenarztfrage herausgestellt hatten, anerkannt wurden, sah man von einer Regelung der Frage, wie sie nach einem Vorschlage der Zentrumspartei im Sinne der Richtlinien des „Königsberger Programms" gedacht war, ab, um nicht durch eine Verquickung der Arztfrage mit den sonstigen notwendigen Verbesserungen der Novelle ihre Verabschiedung zu gefährden.

Jedoch wurde folgende von der Kommission vorgeschlagene Resolution in der Sitzung vom 23. April 1903 angenommen, um die Reichsregierung zu veranlassen, die

gesetzliche Normierung des Vertragsverhältnisses zwischen Kassen und Aerzten im Auge zu behalten:

I. Die Verbündeten Regierungen um baldige Vorlage eines Gesetzentwurfes zu ersuchen, durch welchen die reichsgesetzliche Krankenversicherungspflicht auf die Hausindustrie, auf alle Handlungsgehilfen und Lehrlinge, auf die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter sowie auf die Dienstboten ausgedehnt wird.

II. In Vorbereitung dieser Vorlage den Vorständen der Krankenkassen, den Vertretungen des Aerztestandes und des Apothekerstandes Gelegenheit zur Geltendmachung ihrer Anschauungen und Wünsche zu geben und diesen, soweit möglich, gerecht zu werden.

III. Insbesondere in eine Erwägung darüber einzutreten, ob sich nicht die Bildung von ständigen Kommissionen je aus gewählten Vertretern der Krankenkassenvorstände, der Aerzte und der Apotheker unter einem neutralen Vorsitzenden (Obmann) empfiehlt, welchen die Regelung der ärztlichen Behandlung und der Arzneiversorgung nebst Festsetzung eines Tarifs der Honorierung sowie die Entscheidung bezüglicher Streitigkeiten obliegt, mit der Maßgabe, daß alle Aerzte und Apotheker, welche sich dieser Regelung unterstellen, als Kassenärzte und -Apotheker im Sinne des § 6a Ziffer 6 und des § 26a Ziffer 2b des KVG. gelten.

3. Seit dieser Ablehnung der gesetzlichen Einführung der „freien Aerztewahl" läßt sich in den Bestrebungen der Aerzteschaft ein neues Moment verfolgen: das Prinzip organisierter Selbsthilfe, welche in dem Boykott der Krankenkassen das letzte Mittel zur Durchsetzung ihrer Forderungen erblickte, wenn die Kassenvorstände sich weigerten, den ärztlichen Forderungen nachzugeben.

Auf dem am 7. März 1903 in Berlin zusammengetretenen Deutschen Aerztetage wurde folgender Beschluß angenommen:

„Im Hinblick auf die bisher fruchtlosen Versuche, die Reichsregierung zur Berücksichtigung der ärztlichen Forderungen zu veranlassen, ruft der Deutsche Aerztetag die deutschen Aerzte auf, bis zur zufriedenstellenden Lösung der Kassenarztfrage in festem Zusammenschluß die Mittel der Selbsthilfe nachdrücklich zur Anwendung zu bringen."

Zur Durchführung dieses Beschlusses waren in der Folgezeit die Aerzte um so mehr imstande, als die Organisation des Leipziger Verbandes wuchs und damit die Kassen sich in vielen Fällen nicht dem einzelnen Arzte, sondern der ihn vertretenden örtlichen oder zentralen Organisation als Vertragskontrahenten gegenüber sahen. In vielen Fällen wurde gegen widerstrebende Kassenverwaltungen im Wege des Boykotts vorgegangen[3]). Bei den unerfreulichen Begleiterscheinungen, welche bei diesen Kämpfen auftraten und unter denen häufig die Versicherten zu leiden hatten[4]), erschien es daher als ein Gebot dringender Notwendigkeit, bei der Revision der Versicherungsgesetze im Wege gesetzlicher Vorschriften Maßnahmen zu treffen, welche die bisherigen Kämpfe zwischen Kassen und Aerzten nach Möglichkeit ausschlossen.

§ 4. Der Versuch einer Regelung der Aerztefrage durch den Vorentwurf der Reichsversicherungsordnung und die Stellungnahme der Aerzteschaft dazu.

Nachdem am 11. und 12. Juni 1908 im Reichsamt des Innern mit Vertretern der verschiedenen in der deutschen Aerzteschaft bestehenden Richtungen, insbesondere also mit

---

[3]) Vergl. Maschke: Boykott, Sperre, Aussperrung, Seite 171 ff., 267 ff. Entsch. RG. in Zivilsachen, Band 68, Seite 186 ff.

[4]) Ueber den aufsehenerregenden Kampf zwischen Aerzten und Kassen in Köln in den Jahren 1909/1910 vergl. Stier-Somlo: Die Aerztefrage und der Staat, Seite 23 ff. Gegen dessen Darstellung: Magen: „Vergleichende Studien zu den Kosten der Arztsysteme". (Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland 1910, Nr. 764 und Nr. 779 ff.)

Anhängern des Systems der „freien Aerztewahl" und des „Kassenarztsystems" Besprechungen stattgefunden hatten, wurde in weiteren Konferenzen am 23., 24. und 27. Oktober 1908 den Vertretern der verschiedenen Kassenarten sowie den Vertretern der Zahnärzte und Apotheker Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Der am 2. April 1909 dem Bundesrat vorgelegte und gleichzeitig veröffentlichte Entwurf traf jedoch materiellrechtlich in bezug auf die Regelung der Stellung der Aerzte zu den Krankenkassen gegenüber dem bisherigen Rechtszustande wenig Veränderungen: wie bisher wurde den Kassen die Möglichkeit belassen, mit bestimmten Aerzten und Krankenhäusern Verträge zu schließen; den Kassenmitgliedern sollte jedoch die Auswahl zwischen mindestens zwei Aerzten zugestanden werden, so weit die örtlichen Verhältnisse dies ohne erhebliche Mehrbelastung der Kasse zuließen[1]).

1. Der Schwerpunkt dieses Entwurfs lag vielmehr in der Schaffung von Einrichtungen, welche nach dem Vorbilde des Gewerbegerichtsgesetzes die Funktion haben sollten, bei der Herstellung und Durchführung von Vereinbarungen zwischen Kassen und Aerzten zu vermitteln und Streitigkeiten durch die Entscheidung eines Schiedsausschusses zu beseitigen.

Im einzelnen war die Regelung zwischen den Kassen und Aerzten in folgender Weise gedacht: Auf Grund gemeinsamer Vereinbarungen war von dem Kassenvorstand eine Arztordnung aufzustellen, welche insbesondere Bestimmungen über die Voraussetzungen für die Zulassung der Aerzte sowie über das Ausscheiden eines Arztes aus der ferneren Behandlung der Kassenmitglieder zu treffen hatte; weiter sollte die Arztordnung Vorschriften aufstellen über Höhe und Berechnungsart des Entgelts für die ärztlichen Leistungen sowie über die Einholung von Gutachten vereinbarter Sachverständiger oder Einrichtung gemeinsamer Einigungskommissionen zur Erledigung der Meinungsver-

[1]) § 435 des Entwurfs.

schiedenheiten, die zwischen der Kasse und Aerzten über Gutachten, Bescheinigungen und Verschreibungen entstehen würden[2]). Einigungskommissionen, je zur Hälfte aus Vertretern der Kassen und der Aerzte gebildet, sollten das Verhältnis zwischen Kasse und Aerzten näher regeln, insbesondere Vereinbarungen über die künftige Arztordnung treffen[3]). Schiedsausschüsse bei den Versicherungsämtern und Schiedskammern bei den Oberversicherungsämtern, beide zueinander im Verhältnis der ersten und zweiten Instanz stehend, waren ausschließlich zur Entscheidung aller Streitigkeiten berufen, welche sich über die Auslegung und Durchführung der Arztordnung oder der durch eine Einigungskommission getroffenen Vereinbarungen ergeben würden[4]). Die rechtskräftige Entscheidung dieser Instanzen sollte unter den Parteien die Wirkung eines rechtskräftigen gerichtlichen Urteils haben und die Nichtvornahme einer ärztlichen Handlung, zu der die Entscheidung des Schiedsausschusses oder der Schiedskammer einen beteiligten Arzt verpflichtet hatte, die Zahlung einer Entschädigung zur Folge haben[5]).

Eine besondere Aufgabe war noch der Schiedskammer insofern vorbehalten, als sie im Falle einer Nichteinigung, sofern durch die Fortdauer des Streitzustandes die ordnungsmäßige ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder ernstlich in Frage gestellt war, auf Anordnung der Landeszentralbehörde die Entscheidung der streitigen Punkte durch Schiedsspruch zu treffen hatte mit der Wirkung, daß ein Arzt zur Zahlung einer Entschädigung an die Kasse verpflichtet war, sofern er nicht binnen einer bestimmten Frist der ihm durch den Schiedsspruch auferlegten Verpflichtung zur Vornahme einer Handlung nachkam[6]). Besonders diese Vorschrift des Entwurfs, welche einen Bruch mit der in

[2]) § 440 des Entwurfs.
[3]) § 441 des Entwurfs.
[4]) §§ 78, 80, 108, 443, 444.
[5]) §§ 448, 449.
[6]) §§ 451, 448, 449 des Entwurfs.

§ 144 Abs. II der Gewerbeordnung ausgesprochenen Freiheit des ärztlichen Berufs bedeutete, fand den lebhaftesten Widerstand in den Kreisen der Aerzte, welche hierin die Rückkehr zum Kurierzwange sahen. Denn im Gegensatz zu § 449 des Entwurfs, wonach ein „beteiligter", also ein im Vertragsverhältnis zur Kasse befindlicher Arzt zur Vornahme einer Handlung oder zur Entschädigung verpflichtet war, konnte die Entscheidung auf Grund des § 151 jeden im Bezirk der Kasse ansässigen Arzt mit derselben Wirkung wie einen im Vertragsverhältnis befindlichen verurteilen.

2. Zu den Vorschlägen des Entwurfs nahm am 23. Mai 1909 eine Versammlung von Vertrauensmännern des Leipziger Verbandes Stellung; für die Aufnahme des Entwurfs in den Kreisen der Aerzte ist der auf dieser Versammlung gefaßte einstimmige Beschluß bezeichnend, welcher den Verbandsmitgliedern die Anerkennung folgender „Erklärung" empfahl:

„Hierdurch gebe ich die Erklärung ab, daß ich entschlossen bin, bei der Ein- und Durchführung der Reichsversicherungsordnung meine Mitwirkung zu versagen und, wenn nötig, jede Tätigkeit bei Krankenkassen einzustellen, falls die Bestimmungen über den ärztlichen Dienst bei den Krankenkassen in der jetzt vorliegenden oder in einer gleichbedeutenden Form Gesetzeskraft erlangen sollten. Ich richte mich hierbei streng nach dem Urteile des Deutschen Aerztetages, der zu entscheiden hat, ob das Gesetz für den deutschen Aerztestand annehmbar ist oder nicht.

I. Für den Fall der Unannehmbarkeit werde ich

1. von den mir nach den einschlägigen Bestimmungen (§§ 80 und 108 des Entwurfs) etwa zustehenden aktiven und passiven Wahlrecht zum Schiedsausschusse und zur Schiedskammer keinen Gebrauch machen;
2. mich an der Aufstellung einer Arztordnung bei denjenigen Krankenkassen, bei denen ich zurzeit als Kassenarzt zugelassen bin oder nach Inkrafttreten

der Reichsversicherungsordnung zugelassen werden sollte, nicht selber beteiligen, sondern dies der für mich in Betracht kommenden Aerzteorganisation (Vertragskommission, Bezirksverein und dergleichen) überlassen;

3. bei neu zu errichtenden Krankenkassen mich um Kassenarztstellen nicht direkt, sondern nur durch die für mich in Betracht kommende Aerzteorganisation bewerben, etwaige Angebote solcher Stellen dieser Organisation zur weiteren Veranlassung überweisen und mich jeder direkten Vertragsverhandlung mit den Organen dieser Kassen oder der für diese zuständigen Aufsichtsbehörden enthalten.

II. Sollte es trotzdem auf irgendeine Weise zur Aufstellung von Arztordnungen und zur Bildung von Schiedsausschüssen und Schiedskammern kommen, so werde ich

1. in meinen kassenärztlichen Verträgen solchen Arztordnungen und Schiedsinstanzen die Anerkennung versagen und gemäß den Bestimmungen der Bürgerlichen Gesetzbuches von den Verträgen zurücktreten;
2. neue Verträge nicht direkt, sondern nur durch Vermittlung der für mich zuständigen ärztlichen Organisation abschließen, Angebote an diese zur weiteren Behandlung abgeben und mich jeder direkten Vertragsverhandlung enthalten;
3. Kassenkranke nur als Privatpatienten nach den von der örtlichen Aerzteorganisation aufzustellenden Sätzen behandeln, ihnen keinerlei Zeugnisse und Krankenscheine für Krankenkassen ausstellen und bei Arzneiverordnungen keine Kassenformulare verwenden."

Ebenso war der 37. Deutsche Aerztetag in Lübeck sich einig darüber, daß durch die im Entwurf vorgesehene Normierung des Verhältnisses zwischen Aerzten und Krankenkassen die ärztlichen Interessen nicht hinreichend gewahrt

seien, wie sich aus folgenden, auf dem Aerztetag angenommenen Leitsätzen ergibt:

I. Der 37. Deutsche Aerztetag erblickt in dem vorliegenden Entwurf einer Reichsversicherungsordnung ein Ausnahme- und Kampfgesetz gegen die Aerzte und erklärt ihn deshalb für unannehmbar. Er weist die Reichsregierung auf die drohende Gefahr hin, daß, wenn dieser Entwurf Gesetz werden sollte, sich kein zum Deutschen Aerztevereinsbund gehörender Arzt weiter zur Mitarbeit auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung bereit finden lassen wird.

II. Der Aerztetag erklärt sich mit der gesetzlichen Regelung der Beziehungen zwischen Aerzten und den Versicherungsträgern nur dann einverstanden, wenn folgende voneinander nicht trennbare Forderungen der Aerzteschaft im Gesetz erfüllt werden:

a) die grundsätzliche Zulassung derjenigen Aerzte zur Tätigkeit bei den Krankenkassen, die sich den zwischen Aerztevertretung und Kassenvertretern vereinbarten Vertragsbedingungen unterstellen. Ausnahmen sind nur auf Grund gemeinsamer Abmachungen zwischen Kassen und Aerztevertretung zulässig;

b) die Errichtung von obligatorischen, paritätischen Vertragskommissionen in jedem Versicherungsbezirke, denen die Vereinbarung der Verträge zwischen Aerzten und Krankenkassen sowie der Arztordnungen obliegt. Für Kassen, welche sich über größere Landesteile oder das ganze Reich erstrecken, sind entsprechende Vertragskommissionen zu dem gleichen Zwecke zu bilden;

c) zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Aerzten und Krankenkassen sind obligatorische, paritätische Einigungskommissionen als erste Instanz und obligatorische, paritätische Schiedskammern als zweite Instanz zu errichten. Die Wahl des Vorsitzenden der Einigungskommission, der nicht in amtlichen Be-

ziehungen zu den Krankenkassen stehen darf, ist ihr zu überlassen. Vorsitzender der Schiedskammer ist der Direktor des Oberversicherungsamtes oder sein Stellvertreter, falls nicht von den Mitgliedern der Schiedskammer ein anderer Vorsitzender gewählt wird;

d) die Gewährung freier ärztlicher Behandlung ist allgemein an die Gesamteinkommensgrenze von 2000 Mark gebunden;

e) alle Ausnahmebestimmungen hinsichtlich des Ehrengerichtlichen Verfahrens, des Koalitionsrechtes und der Freiwilligkeit der ärztlichen Hilfeleistung sind zu beseitigen.

III. Im übrigen erwartet der Aerztetag, daß die Mitglieder der Bundesvereine die von der Vertrauensmännerversammlung des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes beschlossene Erklärung vom 23. Mai 1909 einmütig unterzeichnen.

IV. Der Aerztetag beauftragt die Krankenkassenkommission, auf Grund der Strefferschen Abänderungsvorschläge unverzüglich eine Denkschrift auszuarbeiten und an den Bundesrat, den Reichstag, die Bundesregierungen und das Reichsamt des Innern zu übersenden.

Die von dem Berichterstatter der Krankenkassenkommission des Aerztevereinsbundes (Dr. Streffer) formulierten Abänderungsvorschläge sahen insbesondere gegenüber der grundlegenden Bestimmung des § 435 des Entwurfes, der bei einer Ermächtigung durch die Satzung den Kassenarztzwang zuließ, folgende Fassung vor:

„Zur Regelung des ärztlichen Dienstes bei den Krankenkassen werden von den Aerztevertretungen und den Kassen oder deren Bevollmächtigten Vertragskommissionen gebildet. Alle Aerzte des Kassenbezirks, die sich der getroffenen Vereinbarung unterstellen, sind als Kassenärzte zuzulassen, soweit nicht in besonderen Fällen von der Vertragskommission anders bestimmt wird. Ob ein besonderer Fall vorliegt, entscheidet auf Anrufen jedes Beteiligten die Schiedskammer

für ärztliche Angelegenheiten. Den Kassenmitgliedern soll die Wahl zwischen sämtlichen Aerzten freistehen, die sich auf die Arztordnung verpflichtet haben. Einschränkungen für einen Wechsel des Arztes während der gleichen Krankheit werden hierdurch nicht berührt."

Die Vertragskommissionen, bestehend zu gleichen Teilen aus Vertretern der beteiligten Krankenkassen und aus Aerzten, sollten von der zuständigen ärztlichen Standesvertretung oder in Ermangelung einer solchen von der Gesamtheit der Aerzte des Kassenbezirks gewählt werden und die Aufgabe haben, die näheren Beziehungen zwischen Kassen und Aerzten vertraglich zu vereinbaren und auf Grund dieser Vereinbarungen eine Arztordnung aufzustellen[7]).

In Erweiterung der Vorschrift des § 648[1] über die Gewährung freier Krankenbehandlung durch die Berufsgenossenschaft wurde eine entsprechende Anwendung der Vorschriften der abzuändernden §§ 435 ff. auch für die Tätigkeit des Kassenarztes im Dienste der Berufsgenossenschaft gefordert; der Abschluß fester Verträge zwischen Versicherungsanstalten und Aerzten sollte ebenfalls nur unter Mitwirkung der zuständigen ärztlichen Vertragskommission in entsprechender Anwendung der §§ 435 ff. erfolgen[8]).

Für die Berücksichtigung dieser Forderungen gegenüber den Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften wurde in der Denkschrift ausgeführt[9]), die Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung sei schon bei der Regelung der gegenseitigen Verhältnisse um deswillen geboten, damit nicht der Stand der praktischen Aerzte von diesem Tätigkeitsgebiet überhaupt völlig verdrängt werde. Eine solche Ausschaltung würde mit dem Aufhören der praktischen Betätigung auf diesem Felde ärztlicher Arbeit sehr leicht

[7]) §§ 439, 441 des Gegenentwurfs.

[8]) Zusatz zu § 1312 des Entwurfs.

[9]) Denkschrift betr. die Stellung der Aerzte zum Entwurfe einer RVO., Seite 21.

auch zu einer Verminderung des Interesses an dem ganzen Werke der Arbeiterversicherungsgesetzgebung führen.

Aus den Kreisen der Berufsgenossenschaften wurde gegenüber der letzteren Forderung geltend gemacht, die Unfallheilkunde sei eine spezielle Wissenschaft, und die Aerzte, welche sich auf diesem Gebiete betätigen wollten, müßten auch spezielle eingehende Kenntnisse auf dem Gebiete der Orthopädie, Hydro-Therapie und Nervenheilkunde besitzen, und überhaupt sich in allen den besonderen, auf eine funktionelle Wiederherstellung des Verletzten hinzielenden Methoden auskennen. Diese Kenntnis fehle aber sehr vielen Aerzten, wie sich auch häufig ereignet habe, daß die von praktischen Aerzten ausgestellten Gutachten sich für die berufsgenossenschaftlichen Zwecke als nicht verwendbar erwiesen und eine Nachprüfung durch einen Vertrauensarzt oder den zuständigen Kreisarzt erfordert hätten[10]).

§ 5. Die Vorschriften des zweiten Entwurfs.

Die lebhafte Kritik, welche an dem Entwurf geübt wurde, und besonders auch der Widerstand der Aerzteschaft führten zur Zurückziehung und Umarbeitung der Vorlage. Am 12. März 1910 wurde sie in abgeänderter Gestalt nebst einer ausführlichen Begründung und einer Reihe besonderer Anlagen dem Reichstage vorgelegt.

Die in dem neuen Entwurf vorgesehene Regelung des Verhältnisses zwischen den Aerzten und Krankenkassen ist insofern von besonderem sozialpolitischen Interesse, als sie den ersten Kollektivvertrag darstellte, dessen Regelung in Deutschland gesetzlich versucht worden ist[1]).

---

[10]) Vergl. Schauseil: Die Stellung der Berufsgenossenschaft zu den Aerzten, Seite 19, 20; Hoffa: Welche Nachteile haben sich bei der Durchführung der Unfall-Versicherung vom ärztlichen Standpunkte aus ergeben? Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft. Bd. VIII. (1908, Seite 19 ff.)

[1]) Komm.-Ber. 2. Buch, S. 269.

Der Entwurf beließ es dabei, daß Kassen und Aerzte ihr gegenseitiges Vertragsverhältnis frei vereinbarten. Sowohl das System der freien Aerztewahl wie das der Kassenärzte sollte durchaus gleichberechtigt bleiben, Kassen und Aerzte sich auch als gleichberechtigte vertragschließende Teile gegenüberstehen. Ob die Kassen mit einzelnen oder allen Aerzten ihres Bezirks oder mit bestimmten ärztlichen Organisationen den Vertrag abschlossen, war den Verhältnissen des Einzelfalls überlassen. Von einer gesetzlichen Festlegung der freien Aerztewahl glaubte der Entwurf um deswillen absehen zu müssen, weil damit es einseitig in die Hände der Aerzteschaft gelegt würde, die Bedingungen für ihre Tätigkeit bei den Kassen vorzuschreiben und infolgedessen die Ausgaben der Krankenversicherung sehr bald eine für die Versicherten und Arbeitgeber unerschwingliche Höhe erreichen würden[2]). Im einzelnen war die Regelung in der Weise gedacht, daß entweder im Wege eines allgemeinen oder eines besonderen Arztvertrages die Bestimmungen über die Zulassung von Kassenmitgliedern getroffen werden konnten.

Unter dem Ausdruck „allgemeiner Arztvertrag" war ein solcher Vertrag zu verstehen, welcher auf der Grundlage der „beschränkt freien Aerztewahl" zustande kam. Hiernach war also jeder approbierte Arzt bei allen Krankenkassen seines Bezirks zur Praxis zuzulassen, sofern er sich verpflichtete, diese Praxis zu gewissen Bedingungen auszuüben, welche zwischen der Kasse und der Mehrzahl seiner Standesgenossen im Bezirk oder deren Standesvertretung oder Koalition vereinbart waren[3]).

Hingegen war unter einem „besonderen Arztvertrag" ein solcher Vertrag zu verstehen, nach welchem nur bestimmte, vertraglich gebundene Aerzte zur Behandlung zugelassen waren. Nach der Erklärung eines Regierungsvertreters in der Kommission[4]) sollten unter diesem Begriff

[2]) Begründung zum Entwurf, Seite 132.
[3]) Vergl. Begründung, Seite 129.
[4]) Komm.-Ber. 2. Teil, Seite 279.

auch solche Verträge verstanden werden, welche mit einem Verein von Aerzten oder einer Organisation abgeschlossen wurden, weil nach ihnen nicht alle Aerzte des Bezirks, sondern nur die zu einer bestimmten ärztlichen Organisation gehörigen zur Kassenpraxis zugelassen seien.

Gedacht war als Regel der allgemeine Vertrag und nur, falls die Satzung den Vorstand dazu ermächtigte, konnte der „besondere Arztvertrag" mit bestimmten Aerzten abgeschlossen werden. Jedoch sollte den Mitgliedern die Wahl zwischen mindestens zwei Aerzten freibleiben, sofern es ohne erhebliche Mehrbelastung der Kasse möglich war.

War ein allgemeiner Vertrag geschlossen, so konnte jeder approbierte Arzt, welcher im Bereich der Kasse wohnte und dem Vertrage schriftlich beitrat, Kassenmitglieder behandeln. Nur wenn ein wichtiger Grund vorlag, konnte sein Ausschluß vom Beitritt erfolgen[5]).

2. In dem Bestreben, Streitigkeiten zwischen Aerzten und Kassen möglichst zu vermeiden, versuchte der Entwurf Vertragsinstanzen zu schaffen, welche nicht nur bei Streitigkeiten aus bereits abgeschlossenen Verträgen, sondern beim Vertragsschluß selbst fördernd, vermittelnd und schlichtend eintreten sollten. Zu diesem Zweck war die Bildung je eines Vertragsausschusses für allgemeine und besondere Arztverträge vorgesehen, der aus mindestens acht Mitgliedern bestehen sollte, von denen vier durch die Aerzte und vier durch die Kassen zu wählen waren[6]).

Der Vertragsausschuß, welcher gewöhnlich für den Bezirk eines Oberversicherungsamtes zu bilden war, hatte für die Verträge zwischen den beteiligten Krankenkassen und Aerzten bestimmte Grundsätze aufzustellen. Diese Grundsätze, welche sowohl beim Abschluß eines besonderen wie eines allgemeinen Arztvertrages zugrunde zu legen waren, hatten mindestens Höhe und Entgelt für die ärztlichen Leistungen zu bestimmen, wobei sie die Verpflich-

---

[5]) § 377 des Entwurfs.

[6]) §§ 378, 379 des Entwurfs.

tungen der Kassen und Aerzte nach Art und Zahl der Kassenmitglieder und nach Höhe der Kassenbeiträge abstufen sollten; die Geltungsdauer vereinbarter Grundsätze war auf mindestens zwei und höchstens sechs Jahre vorgesehen[7]). Schloß ein Arzt gemäß den Bedingungen der Grundsätze einen Vertrag mit Kassen ab, so war jede Verfolgung wegen Verletzung der ärztlichen Standesehre oder ärztlichen Standespflichten ausgeschlossen, weiter aus Vereinigungen und Verabredungen, welche das Verbot des Abschlusses von Verträgen auf der Unterlage der Grundsätze zum Gegenstand hatten, weder Klage noch Einrede gegeben[8]). Für den Fall, daß der Vertragsausschuß nach wiederholter Verhandlung keine Grundsätze vereinbaren konnte, war die höhere Verwaltungsbehörde dazu berufen, nach Anhörung des Oberversicherungsamtes, der Mitglieder des Vertragsausschusses sowie der ärztlichen Standesvertretung des Bezirks die Grundsätze vorläufig — jedesmal höchstens auf ein Jahr oder bis eine Vereinbarung erzielt würde — festzusetzen.

Beabsichtigte der Kassenvorstand einen allgemeinen Arztvertrag zu schließen, so hatte er alle Aerzte seines Bezirks öffentlich aufzufordern, ihm binnen einer mindestens einwöchentlichen Frist ihre Bereitwilligkeit zur Verhandlung über einen Arztvertrag mitzuteilen, und zwar bei vereinbarten oder vorläufig festgesetzten Grundsätzen auf deren Unterlage.

Im Falle einer Nichteinigung bei den Vertragsverhandlungen sollte ein zu wählender Schiedsausschuß oder der Vertragsausschuß als Einigungsamt angerufen werden, dem es oblag, in gemeinsamer Verhandlung eine Einigung herbeizuführen. Gelang diese nicht, so war ein Schiedsspruch zu beschließen, auf welchen die Vertreter beider Teile sich binnen einer bestimmten Frist zu erklären hatten, ob sie hiernach einen Arztvertrag abschließen wollten. Auf keinen

---

[7]) §§ 383, 388 des Entwurfs.
[8]) § 383 Abs. III.

Fall jedoch sollte durch den Schiedsspruch eine die Parteien rechtlich bindende Entscheidung getroffen werden[9]); lediglich eine moralische Wirkung, welche durch die Möglichkeit einer Veröffentlichung verstärkt wurde, konnte von dem Schiedsspruch ausgehen.

Kam demnach der Abschluß eines allgemeinen Arztvertrages nicht zustande, so konnte nunmehr die Kasse dazu übergehen, einen Sondervertrag zu schließen, und zwar auch dann, wenn die Satzung eine Genehmigung nicht enthielt.

Während die Aufnahme des Entwurfes in den Kreisen der Wissenschaft im allgemeinen günstig war und in den Vorschlägen zum Abschlusse eines Tarifvertrages die Möglichkeit der Anbahnung zu einem allmählichen friedlichen Verhältnis zwischen Kassen und Aerzten gesehen wurde[10]), sahen die Aerzte auch in den Vorschlägen dieses Entwurfs eine nicht hinreichende Wahrung ihrer Interessen[11]), anderseits aber fühlten sich auch die Kassen in ihrem Selbstbestimmungsrecht zu sehr eingeengt[12]).

§ 6. Die Beratung des Entwurfs im Reichstage und in der Reichstagskommission.

Nach der ersten Lesung des Entwurfs in der 66., 67. und 68. Sitzung des Plenums am 18., 19. und 20. April 1910[1]) wurde der Entwurf einer Kommission von 28 Mitgliedern überwiesen. Die Kommission trat am 21. April 1910 zusammen und beschäftigte sich unter Teilnahme zahlreicher Vertreter der Verbündeten Regierungen beinahe ein Jahr lang mit der Beratung des Entwurfs in drei Lesungen.

---

[9]) Begründung, Seite 217.

[10]) Vergl. Piloty: Die Reichsversicherung im Entwurf, Seite 16 ff.; Stier-Somlo: Die Aerztefrage und der Staat, Seite 31 ff.

[11]) Vergl. Aerztliches Vereinsblatt 1910, Nr. 765, 766.

[12]) Vergl. Die Arztfrage in der RVO. (herausgegeben vom Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen), Seite 9 ff.

[1]) Sten. Ber. Seite 2457—2570.

Das Ergebnis der Beratungen wurde in einem umfangreichen Bericht von acht Teilen niedergelegt[2]), in welchem der zweite Teil auf Seite 266 bis 352 die Beratungen über das Verhältnis der Krankenkassen zu Aerzten (Zahnärzten), Krankenhäusern und Apothekern enthält.

1. Auch in der Kommission waren die Meinungen über die gesetzliche Festlegung der Kassen auf das System der freien Aerztewahl sehr geteilt. Weiter erfuhr die im § 373 des Entwurfs vorgesehene Einrichtung eines Vertragsausschusses für allgemeine und eines für besondere Arztverträge starke Anfechtung, indem gegen diese Vorschrift geltend gemacht wurde, sie spalte die Aerzteschaft dauernd in zwei Parteien und arbeite den bisherigen Koalitionsbestrebungen der Aerzte entgegen[3]).

Seitens des Staatssekretärs[4]) des Innern wurde in der Generaldiskussion, welche in der Kommission vor dem Eintritt in die Verhandlungen über die einzelnen Vorschläge des Entwurfs stattfand, geltend gemacht, wenn auch das System der freien Aerztewahl für viele Verhältnisse bedeutende Vorteile besitze, so ergebe sich doch hieraus nicht die Notwendigkeit, dieses System auch gesetzlich zu bevorzugen: wo die freie Aerztewahl nach den gegebenen Verhältnissen das bessere System sei, werde es sich ohne gesetzlichen Zwang schon durch seine Vorzüge allein durchsetzen.

Gegenüber Anträgen des Zentrums, der Polen und der Fortschrittlichen Volkspartei auf gesetzliche Einführung der freien Aerztewahl[5]) wurde seitens der Verbündeten Regie-

---

[2]) Nr. 340 der Drucksachen des Reichstages.

[3]) Komm.-Ber. Seite 287.

[4]) Komm.-Ber. Seite 271.

[5]) Vergl. Antrag Nr. 284 Ziff. 1 Komm.-Ber. Seite 291, dem § 377 folgende Fassung zu geben: „Die rechtlichen Beziehungen der Krankenkassen und Aerzte, die sich aus der ärztlichen Behandlung der Kassenmitglieder ergeben, werden durch schriftlichen Vertrag zwischen der Kasse und den Aerzten geregelt. Ist ein Arztvertrag vereinbart, so kann jeder Arzt, der im Bereich der Kasse wohnt, 1. Kassenmitglieder behandeln, wenn er dem Vertrage

rungen erklärt, daß diese Anträge für die Verbündeten Regierungen unannehmbar seien. Nach dieser Erklärung wurde die Regierungsvorlage in erster Lesung mit unwesentlichen Aenderungen angenommen[6]).

2. In der zweiten Lesung wurde im Einverständnis mit den Verbündeten Regierungen eine Aenderung in der Richtung vorgeschlagen[7]), daß zunächst der Abschluß der Arztverträge der freien Vereinbarung der Parteien überlassen bleiben, ihnen jedoch die Möglichkeit gegeben werden sollte, sich zur Vermittlung freigewählter Einigungsausschüsse zu bedienen. Im Gegensatz zur Regierungsvorlage war in diesem Antrage darauf verzichtet, von vornherein allgemeine Bedingungen für die Arztverträge durch Vertragsausschüsse aufstellen zu lassen.

In der über den Abänderungsantrag[8]) eröffneten Generaldiskussion war auch über die hierin vorgeschlagene Normierung keine Einigkeit zu erzielen, und da bei dem in den bisherigen Verhandlungen zutage getretenen Widerstreit der Ansichten es nicht möglich erschien, eine für beide Interessentengruppen ersprießliche und annehmbare Lösung zu

---

schriftlich beitritt; 2. Vom Beitritt auf ein Jahr nur ausgeschlossen werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, der jedoch weder religiöser noch politischer Natur sein darf. Den Kassenmitgliedern soll die Wahl zwischen sämtlichen Aerzten freistehen, die dem Vertrage beigetreten sind. Der Kassenvorstand und die am Vertrage beteiligten Aerzte können beantragen, daß ein Arzt vom Beitritt zum Arztvertrage ausgeschlossen wird. Der Kassenvorstand, der ausgeschlossene Arzt und die am Vertrage beteiligten Aerzte oder ihre Vertreter haben die Beschwerde an die durch vier Aerzte verstärkte Spruchkammer des Oberversicherungsamtes.

Die Satzung kann bestimmen, daß, von dringenden Fällen abgesehen, die Bezahlung anderer Aerzte als der Vertragsärzte abgelehnt werden kann. Ein Wechsel des Arztes ohne Zustimmung des Vorstandes während desselben Geschäftsjahres oder derselben Krankheit darf ausgeschlossen werden."

[6]) Komm.-Ber. Seite 299.

[7]) Komm.-Ber. Seite 322.

[8]) Komm.-Ber. Seite 337.

finden, so glaubte man sich in Erwartung einer späteren Regelung darauf beschränken zu müssen, es im wesentlichen bei der Uebernahme des bestehenden Rechts zu belassen.

Der Antrag Nr. 829 wurde deshalb ersetzt durch einen Antrag Nr. 844 I: „Die §§ 377—403 der Regierungsvorlage durch die nachstehenden §§ 377—384 zu ersetzen." Nach diesem Antrage wurde der Text der §§ 378—384 (im wesentlichen gleichlautend mit den geltenden §§ 369—375 der RVO.) angenommen; die in § 377 enthaltene Bestimmung, die Geltungsdauer der §§ 378—384 solle nur solange währen, bis ein besonderes Gesetz die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Aerzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Arzneimittelhändlern regeln würde, wurde abgelehnt[9]).

In der zweiten und dritten Lesung des Plenums, die in den Sitzungen vom 5. bis 22. Mai und vom 26. bis 31. Mai 1911 stattfand, wurden die Kommissionsvorschläge in dieser letzten Fassung angenommen.

Vor der Erörterung der einschlägigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Regelung der vertraglichen Beziehungen zwischen Kassen und Aerzten mag zunächst eine Darstellung der Fürsorgepflicht der Versicherungsträger gegenüber den Versicherten Platz finden, welche erkennen läßt, wie sich im einzelnen Beziehungen zwischen Versicherungsträgern einerseits und Aerzten, Apothekern sowie Kranken- und Heilanstalten andererseits ergeben können.

---

[9]) Komm.-Ber. Seite 338.

II. Das geltende Recht der Reichsversicherungsordnung.

§ 7. Voraussetzung der Fürsorgepflicht der Versicherungsträger.

1. Die von den Krankenkassen als Versicherungsträger der Krankenversicherung ihren Mitgliedern nach der Reichsversicherungsordnung zu gewährenden Leistungen sind entweder Regelleistungen oder Mehrleistungen. Die gesetzlichen Regelleistungen, bestehend aus Krankenhilfe, Wochengeld und Sterbegeld[1]), können auch durch die Satzung nicht beschränkt werden, sofern nicht das Gesetz besondere Ausnahmen zugelassen hat. Voraussetzung für die Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber ihren Mitgliedern ist das Vorliegen einer Krankheit, also „eines unregelmäßigen, äußerlich erkennbaren Körper- oder Geisteszustandes, der ärztliche Behandlung, Arznei- oder Heilmittel nötig macht oder der, auch wenn diese Notwendigkeit nicht vorliegen sollte, die Arbeitsfähigkeit aufhebt oder wesentlich beschränkt"[2]).

Je nachdem die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht oder nicht, sind die Leistungen der Krankenkassen zu bemessen. In jedem Falle ist vom Beginn der Krankheit an „Krankenpflege" zu gewähren, umfassend

---

[1]) § 179 RVO.

[2]) Rosin: Band I, Seite 293, 300; vergl. auch Stier-Somlo: Sozialgesetzgebung, Seite 262; v. Frankenberg: Anm. 1a zu § 165 der RVO.; Piloty-Redenbacher: Das Krankenversicherungsgesetz, Seite 11, 12 und 142, 143.

ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln[3]).

Daneben ist vom vierten Krankheitstage an ein Krankengeld zu gewähren, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht[4]). Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn der Erkrankte nicht oder doch nur mit Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, fähig ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen[5]). Die Gewährung der Krankenpflege und des Krankengeldes wird zusammen unter dem Begriff der „Krankenhilfe" zusammengefaßt, deren regelmäßige Höchstdauer auf 26 Wochen bemessen ist[6]).

Für den Eintritt der Voraussetzungen des Versicherungsfalles der Krankheit (Arbeitsunfähigkeit) genügt jeder überzeugende Nachweis. Jedoch wird die ärztliche Bescheinigung hierfür die Regel bilden. Für die Kosten der Bescheinigung hat die Krankenkasse aufzukommen, es sei denn, daß im Falle des § 370 des Gesetzes für die ärztliche Behandlung und Arzneiversorgung eine Barabfindung gegezahlt wird.

Ueber den Umfang der gesetzlich zu gewährenden Regelleistungen hinaus kann durch die Satzung die Gewährung von Mehrleistungen angeordnet werden[7]). Zulässig ist insbesondere: Erweiterung der Dauer der Krankenhilfe bis auf ein Jahr, Fürsorge für Genesende — namentlich durch Unterbringung in einem Genesungsheim — bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe; Zubilligung von ärztlicher Behandlung und Hebammendiensten, die bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden; Zubilligung von Hebammendiensten und ärztlicher Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, an versicherungspflichtige Ehefrauen oder alle weiblichen Ver-

---

[3]) § 182 Ziff. 1.

[4]) § 182 Ziff. 2, für Hausgewerbetreibende gilt § 482, für Knappschaftskassen § 495.

[5]) Begründung Seite 155, 156.

[6]) § 183.

[7]) § 187.

sicherungspflichtigen: Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen sowie Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten[8]).

Entgegen der Bestimmung des § 1 des Krankenversicherungsgesetzes, wonach die Versicherungspflicht nur bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 2000 M. bestand, ist diese Grenze jetzt auf 2500 M. erhöht, ferner in bestimmten Fällen den nicht Versicherungspflichtigen ein Beitrittsrecht zur Krankenkasse gegeben, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen 2500 M. nicht übersteigt. Beim Erreichen einer Einkommensgrenze von 4000 M. erlischt in allen Fällen die Versicherungsberechtigung[9]).

2. Bei einer Verletzung, welche durch einen Betriebsunfall herbeigeführt ist, hat die Berufsgenossenschaft die Verpflichtung, vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfall neben einer Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit Krankenbehandlung zu gewähren[10]). Den Begriff der Krankenbehandlung definiert das Gesetz als „Gewährung ärztlicher Behandlung und Versorgung mit Arznei, anderen Heilmitteln sowie mit den Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern". (Krücken, Stützvorrichtungen und dergl.).

„Erwerbsunfähigkeit" ist die Einschränkung der Möglichkeit für den Versicherten, auf dem ganzen wirtschaftlichen Gebiete nach seinen gesamten Kenntnissen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten Verdienst zu erlangen[11]).

Den Verletzten, die auf Grund der Reichsversicherungs-

---

[8]) §§ 198, 205. Zu beachten ist, daß — ebenso wie nach früherem Recht — ein normales Wochenbett nicht als Erkrankung gilt, so daß die Kasse gesetzlich bei der Entbindung weder durch einen Arzt noch durch eine Hebamme Hilfe zu leisten hat. Vergl. Komm.-Ber. Seite 222 und 236.

[9]) § 178.

[10]) § 558.

[11]) Amtl. Nachr. 1888, Seite 70, Ziff. 457.

ordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert sind, müssen jedoch in diesem Falle mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen an Krankenhilfe gewährt werden mit dem Unterschiede, daß das Krankengeld vom Beginn der fünften Woche nach dem Unfall bis zum Ablauf der dreizehnten mindestens zwei Drittel des maßgebenden Grundlohns beträgt[12]).

Die Leistungspflicht der Krankenkassen wird jedoch an sich nicht dadurch berührt, daß ein Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zum Schadenersatz verpflichtet ist[13]). Demnach sind auch in diesem Falle alle Leistungen seitens der Kasse so zu gewähren, als wenn die Erwerbsunfähigkeit nicht durch einen Unfall herbeigeführt wäre, auch nach Ablauf der dreizehnten Woche dürfen die Krankenkassen den Verletzten nicht ohne Fürsorge lassen[14]). Allerdings steht in diesem Falle der Krankenkasse ein Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft zu[15]).

Aus Zweckmäßigkeitsgründen ist weiter der Berufsgenossenschaft die Befugnis beigelegt, die Erfüllung der ihr vom Beginn der vierzehnten Woche an obliegenden Fürsorgepflicht der letzten Krankenkasse des Verletzten über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus in dem Umfange zu übertragen, den sie für geboten hält[16]). In diesem Falle wird dann die Kasse auf Grund des Auftrages der Berufsgenossenschaft tätig und erfüllt deren Leistungen[17]). Die Dauer der Uebertragung der Fürsorge kann sich bis zur Beendigung des Heilverfahrens erstrecken; die Entscheidung darüber, wann dieses als beendigt anzusehen ist, unterliegt lediglich dem Ermessen der Berufsgenossenschaft.

---

[12]) § 573.

[13]) § 1501 Abs. 1.

[14]) Vergl. Entsch. des Preuß. OVG. vom 19. September 1907. Amtl. Nachrichten 1908, Seite 320.

[15]) §§ 1503—1508.

[16]) § 1514.

[17]) Entsch. Preuß. OVG. vom 23. April 1898, Band XXXIV, Seite 370.

Ist ein Verletzter nicht auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse versichert, so haben der Unternehmer (§ 577 Abs. I), der Arbeitgeber (§§ 169, 418, 435) sowie die landesrechtlich für ihre Dienstboten Fürsorgepflichtigen (§ 440) während der ersten dreizehn Wochen einzutreten. An ihre Stelle tritt in diesem Falle in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung die Gemeinde (§ 942), auf deren Erfordern jedoch die Landkrankenkasse und mangels einer solchen die allgemeine Ortskrankenkasse des Wohn- oder Aufenthaltsortes die Krankenhilfe zu übernehmen hat (§ 944).

In Sachen der Seeunfallversicherung tritt die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft erst mit Ablauf der dem Reeder gesetzlich obliegenden Pflicht zur Krankenfürsorge ein[18]).

---

[18]) § 1065 Abs. II. Vergl. dazu § 59 der Seemannsordnung: „Falls der Schiffsmann nach Antritt des Dienstes oder nach der Anmusterung erkrankt oder eine Verletzung erleidet, trägt der Reeder die Kosten der Verpflegung und Heilbehandlung. Vorbehaltlich der Verpflichtung in Abs. II erstreckt sich diese Verpflichtung

1. wenn der Schiffsmann wegen der Krankheit oder Verletzung die Reise nicht antritt, bis zum Ablauf von 26 Wochen seit der Erkrankung oder Verletzung;

2. wenn er die Reise angetreten hat, bis zum Ablauf von 26 Wochen nach dem Verlassen des Schiffes.

Bei Verletzung infolge eines Betriebsunfalls werden die Fristen in Abs. I auf dreizehn Wochen beschränkt, im Falle der Nr. 2 jedoch nur, wenn der Schiffsmann in einem deutschen Hafen verletzt ist, oder wenn er aus einem außerdeutschen Hafen in die Krankenanstalt eines deutschen Hafens überführt wird. Die Verpflichtung des Reeders hört dem Verletzten gegenüber auf, sobald und so weit die Berufsgenossenschaft die Fürsorge übernimmt."

Für die Fürsorgepflicht des Reeders gegenüber dem Schiffer gilt die entsprechende Vorschrift des § 553 des Handelsgesetzbuches mit dem Unterschied, daß die Dauer der Verpflichtung zur Heilbehandlung und Tragung der Kosten der Verpflegung drei bzw. sechs Monate beträgt, sofern nicht vorher die Berufsgenossenschaft die Fürsorge übernimmt.

Bei Verletzten, die zur Zweiganstalt gehören und die weder auf Grund der Krankenversicherung oder nach anderen gesetzlichen Vorschriften Anspruch auf gleiche Fürsorge haben, noch auf Grund von Leistungen, die denen der Krankenversicherung gleichwertig sind, versicherungsfrei sind, hat die Gemeinde, in deren Bezirk der Betrieb seinen Sitz hat, Krankenhilfe zu gewähren. Auf Erfordern der Gemeinde hat die allgemeine Ortskrankenkasse, mangels einer solchen die Landkrankenkasse des Wohn- oder Aufenthaltsortes die Krankenhilfe zu übernehmen[19]).

Bei Verletzten, die nicht zur Zweiganstalt gehören und nicht gegen Krankheit versichert sind, sowie auch keinen Anspruch gegen den Reeder haben, hat der Unternehmer einzutreten, und zwar bei Seeleuten in demselben Umfange wie der Reeder, bei anderen auf die Dauer von dreizehn Wochen[20])

3. In der Invalidenversicherung ist der Versicherungsfall dann gegeben, wenn bei einem Versicherten infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen dauernde Invalidität vorliegt oder wenn der Versicherte während sechsundzwanzig Wochen ununterbrochen Invalide gewesen ist oder der nach Wegfall des Krankengeldes Invalide ist[21]).

Nach dem Tode ihres versicherten Mannes erhält die Witwe, welche dauernd Invalide ist oder während 26 Wochen ununterbrochen Invalide gewesen ist, die Witwenrente und die nach Wegfall des Krankengeldes invalide Witwe die Witwenkrankenrente für die weitere Dauer der Invalidität[22]).

Als Invalide gilt, „wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Aus-

[19]) §§ 1087—1089.
[20]) §§ 1084, 1085.
[21]) § 1255.
[22]) § 1258.

bildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen[23])". „Dauernde Invalidität" liegt nicht allein dann vor, wenn die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit unmöglich ist, sondern auch schon dann, wenn ein anormaler Zustand vorliegt, nach welchem eine bestimmte Hoffnung auf Heilung oder wesentliche Besserung in absehbarer Zeit nicht besteht.

4. Von dem Begriff der „Invalidität" ist der Begriff der „Berufsunfähigkeit" zu unterscheiden, welcher nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 den Anspruch eines nach diesem Gesetz Versicherten auf Zahlung eines Ruhegeldes begründet. Hierunter wird der durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte herbeigeführte anormale Zustand verstanden, in welchem die Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich oder geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist.

Derjenige Versicherte, welcher nicht dauernd berufsunfähig ist, aber während 26 Wochen ununterbrochen berufsunfähig gewesen ist, erhält für die weitere Dauer der Berufsunfähigkeit ein Krankenruhegeld[24]).

Demnach kann der Fall eintreten, daß ein Versicherter zwar schon berufsunfähig im Sinne des Gesetzes vom 20. Dezember 1911, jedoch noch nicht invalide im Sinne der Invalidenversicherung ist. Unterlag er der Invalidenversicherung, hat er die Anwartschaft aufrecht erhalten und wird er dann auch invalide im Sinne des § 1255 RVO., so tritt zum Ruhegeld auf Grund des Versicherungsgesetzes noch die Invalidenrente der Reichsversicherungsordnung.

Zu beachten ist, daß im Gegensatz zur Invalidenversicherung die Verpflichtung zur Zahlung einer Witwenrente

[23]) § 1255 Abs. II.

[24]) § 25 des Gesetzes vom 20. Dezember 1911.

an die Witwe eines versicherten Ehemanns nicht an die Voraussetzung der Erwerbsunfähigkeit der Witwe geknüpft ist[25]).

§ 8. Die Art und Weise der Fürsorgepflicht der Versicherungsträger.

1. Wie nach früherem Recht, ist auch nach der Reichsversicherungsordnung die den Versicherten von den Krankenkassen zu gewährende Krankenpflege und die von den Berufsgesellschaften zu gewährende Krankenbehandlung in natura zu leisten, sofern nicht im Falle des § 370 des Gesetzes den Kassen die Barabfindung dieser Verpflichtung gestattet ist. Bei der Krankenfürsorge bildet die Hausbehandlung die Regel.

a) Die ärztliche Behandlung hat durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte, zu erfolgen[1]). Durch die Bezugnahme der Reichsversicherungsordnung auf § 29 der Gewerbeordnung ist besonders hervorgehoben, daß nur eine in Deutschland von der zuständigen Behörde ausgestellte Approbation den gesetzlichen Anforderungen der Reichversicherungsordnung regelmäßig entspricht[2]). Soweit jedoch wegen gegenseitiger

---

[25]) § 28 des Gesetzes vom 20. Dezember 1911; § 1258 RVO.

[1]) § 122 Satz 1 RVO.

[2]) Vergl. § 29 der Gewerbe-Ordnung: „Einer Approbation, welche auf Grund eines Nachweises der Befähigung erteilt wird, bedürfen diejenigen Personen, welche sich als Aerzte (Wundärzte, Augenärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte) oder mit gleichbedeutenden Titeln bezeichnen oder seitens des Staates oder einer Gemeinde als solche anerkannt oder mit amtlichen Funktionen betraut werden sollen." Vergl. hierzu: a) Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Mai 1901 (Die Prüfungsordnung für Aerzte betr., Zentral-Blatt für das Deutsche Reich Seite 136 ff.); teilweise geändert durch die Bekanntmachungen vom 12. Februar 1907 (Zentral-Blatt Seite 35), vom 30. März 1908 (Zentral-Blatt Seite 135) und vom 2. März 1909 (Zentral-Blatt Seite 32). b) Bezüglich der Zahnärzte vergl. Die Bekanntmachung des

Zulassung der in den Grenzbezirken wohnenden Aerzte zur Praxis Staatsverträge abgeschlossen und vom Bundesrat genehmigt sind, stehen die danach in Betracht kommenden ausländischen Aerzte ihren in Deutschland approbierten Kollegen auch ohne besondere gesetzliche Vorschrift hinsichtlich des Rechtes gleich, Krankenkassenmitglieder zu behandeln[3]).

Durch die Begriffsdefinition der ärztlichen Behandlung als solche durch einen approbierten Arzt, ist ein Streit beseitigt, welcher infolge Fehlens einer Definition im Anschluß an § 6 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes in manchen Fällen zutage getreten war. Während in der Literatur überwiegend der Standpunkt vertreten wurde, daß als „ärztliche Behandlung" nur eine solche durch einen gemäß § 29 der Gewerbeordnung approbierten Arzt angesehen werden könne[4]), wurden in der Kassenpraxis häufig auch Nichtärzte, insbesondere Naturheilkundige, zur Behandlung zugelassen, sofern ein Kassenmitglied es verlangte.

Reichskanzlers vom 15. März 1909 (Zentral-Blatt Seite 65) betr. die Prüfung der Zahnärzte, die an die Stelle der Bekanntmachung vom 5. Juli 1899 (Zentral-Blatt Seite 417 ff.) getreten ist.

[3]) Vergl.: Uebereinkunft mit Belgien vom 7. Februar 1873 wegen gegenseitiger Zulassung von Aerzten, Wundärzten, Hebammen und Tierärzten (RGBl. 1874, Seite 75); Uebereinkunft mit den Niederlanden wegen gegenseitiger Zulassung von Aerzten, Wundärzten und Hebammen vom 11. September 1873 (RGBl. 1874, Seite 99); Uebereinkunft mit Oesterreich-Ungarn vom 30. September 1882 wegen gegenseitiger Zulassung von Aerzten, Wundärzten, Tierärzten und Hebammen (RGBl. 1883, Seite 39); Uebereinkunft mit Luxemburg betr. die gegenseitige Zulassung der in den Grenzgebieten wohnhaften Medizinalpersonen zur Ausübung der Praxis vom 4. Juni 1883 (RGBl. 1884, Seite 19); Uebereinkunft mit der Schweiz vom 29. Februar 1884 betr. die gegenseitige Zulassung der an der Grenze wohnhaften Medizinalpersonen zur Ausübung der Praxis (RGBl. 1884, Seite 45); Begr. Seite 10.

[4]) Vergl. Rosin: Recht Arbeiterversicherung Band 2, Seite 374; v. Frankenberg: Stellung der Aerzte in der Deutschen Arbeiterversicherung; Annalen des Deutschen Reiches Seite 323; Petersen: Kommentar zum KVG. Annm. 3 zu § 6.

Bei dieser Praxis ergaben sich häufig Streitigkeiten, inwieweit auf das Zeugnis eines Naturheilkundigen Krankengeld zu zahlen sei[5]) oder inwieweit Atteste von Naturheilkundigen für die Krankenkassen überhaupt bindend seien[6]).

In doppelter Hinsicht bedeutet diese Normierung gegenüber dem früheren Rechtszustand einen Fortschritt. Einmal erwächst infolge dieser Regelung dem Versicherten eine viel größere Gewähr auf sachgemäße Behandlung und damit eine möglichst rasche und sichere Heilung, wie sie der Absicht des Gesetzgebers entspricht; zum andern ist auch aber damit dem Erkankten eine Sicherheit gegen ein unbefugtes Offenbaren von Privatgeheimnissen gegeben, da der Arzt im Gegensatz zu dem Naturheilkundigen bei Verletzung der Schweigepflicht der Strafvorschrift des § 300 des Reichsstrafgesetzbuches unterliegt[7]).

Allerdings besteht die dem Arzt allgemein obliegende Schweigepflicht nicht gegenüber dem Kassenvorstande. Dieser hat sogar ein Anrecht auf Kenntnisnahme des von dem Arzt festgestellten Krankheitsbefundes, und eine dahingehende Mitteilung des Arztes ist nicht „unbefugt" im Sinne des § 300 des StrGB. Man wird diese Folgerung um so unbedenklicher ziehen können, als der dem § 300 StrGB. nachgebildete § 141 der RVO. auch bei Mitgliedern eines Organs oder Angestellten eines Versicherungsträgers das „unbefugte" Offenbaren von Krankheiten oder anderer Gebrechen Versicherter oder deren Ursachen unter Strafe stellt.

b) Ausnahmsweise werden Hilfeleistungen anderer Personen nur dann zugelassen, wenn ein approbierter Arzt

[5]) Vergl. Aerztliches Vereinsblatt 1899, Seite 33 und Seite 85, wonach das Preußische OVG. diese Frage bejaht hat.

[6]) Vergl. Erlasse des Sächsischen Ministeriums des Innern vom 24. März 1892 (Arbeiterversorgung Band 9, Seite 546) und vom 25. März 1893 (Arbeiterversorgung Band 10, Seite 239), die diese Frage verneinen; vergl. auch Sten.-Ber. der Verhandlungen des Reichstages 1892, Seite 1962–1982. 1715–1757, 1786–1832.

[7]) Vergl. Joachim-Korn: Das Deutsche Aerzterecht Band I, Seite 356; Komm.-Ber. II. Teil, Seite 243.

solche angeordnet hat oder die ohne solche Anordnung in dringlichen Fällen erfolgen, wo Arzthilfe selbst nicht rechtzeitig zu beschaffen ist. Es handelt sich bei diesen ausnahmsweise zugelassenen Hilfeleistungen anderer Personen lediglich um die Tätigkeit des sogenannten niederen Heilpersonals, der Bader, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter und Masseure sowie der Hebammen, welche durch einen staatlichen Befähigungsnachweis zur Vornahme der niederen Heildienste ermächtigt sind[8]). Wo landesgesetzlich derartige Zeugnisse nicht erteilt werden, können nach dem Wortlaut des § 122 Hilfeleistungen anderer Personen als der approbierten Ärzte nicht in Anspruch genommen werden. Insoweit müssen auch etwaige Anordnungen der obersten Verwaltungsbehörden, welche nach § 122 Abs. II. ergehen und Bestimmungen darüber treffen können, wieweit auch sonst Hilfspersonen innerhalb der staatlich anerkannten Befugnisse *selbständig* Hilfe leisten können, Naturheilkundige, welche nicht den Befähigungsnachweis des niederen Heilpersonals besitzen, ausschließen.

Eine Lücke weist das Gesetz insofern auf, als das niedere Heilpersonal — mit Ausnahme der Hebammen —, sofern es eine selbständige Hilfeleistung — ohne Gehilfe des Arztes zu sein — vornimmt, hinsichtlich einer etwaigen Verletzung der Schweigepflicht weder durch die Strafvorschrift des § 300 StrGB. noch des § 141 RVO. betroffen wird.

c) Der in § 122 allgemein aufgestellte Begriff der ärztlichen Behandlung als solche durch einen approbierten Arzt oder Zahnarzt ist zugunsten der Zahntechniker durchbrochen. Bei Zahnkrankheiten — mit Ausnahme von Mund- und

[8]) Vergl. für Preußen: Erlaß des Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 18. Februar 1903 (MedMinBl. Seite 96); für Bayern: die KAVO. die Verhältnisse der Bader betr. vom 4. April 1899 (GVBl. Seite 111) und die Bekanntmachung, die Baderordnung betr. (GVBl. Seite 121). In Bayern unterliegt auch die unbefugte Führung der Bezeichnung als „Bader" der Strafbestimmung des Artikels 127 des Polizeistrafgesetzbuches vom 26. Dezember 1871. Wegen der übrigen Bundesstaaten vergl. Joachim-Korn a. a. O. Band 1, Seite 315 ff.

Kieferkrankheiten — kann nämlich die Behandlung außer durch Zahnärzte auch durch Zahntechniker gewährt werden, sofern der Versicherte seine Zustimmung erteilt. Diese Zustimmung muß im bestimmten Einzelfalle erteilt sein, die Zustimmung der Gesamtheit der Versicherten, also ihrer Vertreter im Ausschuß, genügt nicht[9]).

Regelmäßig braucht sich also der Versicherte von einem Zahntechniker nur dann behandeln zu lassen, wenn der Arzt oder Zahnarzt die Hilfeleistung anordnet, oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt oder Zahnarzt hinzugezogen werden kann[10]).

Das Recht des Versicherten, sich ohne seine Zustimmung nicht von einem Zahntechniker behandeln zu lassen, ist — abgesehen von diesen Ausnahmefällen — jedoch nicht unbeschränkt. Die oberste Verwaltungsbehörde hat nämlich zu bestimmen (Mußvorschrift), wieweit auch sonst Zahntechniker bei Zahnkrankheiten — jedoch mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten — selbständige Hilfe leisten können: sie kann (Ermessensvorschrift) bestimmen, wieweit dies auch Heildiener und Heilgehilfen tun können[11]).

Durch diese der obersten Verwaltungsbehörde vorbehaltenen Anordnungen ist gegenüber den bisher geltenden Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes, wonach auch bei Zahnkrankheiten die ärztliche Behandlung nur durch approbierte Zahnärzte gewährt werden darf[12]), ein Zustand herbeigeführt, der nicht ganz unbedenklich erscheint

---

[9]) Komm.-Ber. I, Seite 334.

[10]) § 122 Abs. I, Satz 2.

[11]) § 123 Satz 2 und 3.

[12]) Vergl. Bescheid des Kgl. Preußisch. Ministers für Handel und Gewerbe vom 29. März 1902 (Arbeiterversorgung 1903, Seite 811): „Nach den bestehenden Grundsätzen sind die Krankenkassen, soweit dies nach Lage der Verhältnisse durchführbar ist, auch bei Zahnkrankheiten verpflichtet, die Heilbehandlung der Kassenmitglieder durch approbierte Zahnärzte vornehmen zu lassen, sofern nicht die Behandlung durch eine nicht approbierte Person (Zahntechniker) auf den Wunsch des erkrankten Mitgliedes oder im Einverständnis mit diesem erfolgt."

und von seiten der approbierten Zahnärzte auch lebhaft bekämpft worden ist[13]).

Während der Entwurf die Zulassung der Zahntechniker zur Behandlung von Kassenmitgliedern davon abhängig machen wollte, daß im Bezirk eines Versicherungsträgers nicht genug Zahnärzte vorhanden waren, die zu angemessenen Bedingungen die Behandlung übernehmen wollten, wurde in der Reichstagskommission zum Ausdruck gebracht, die kleinen Städte und das platte Land hätten gar keine Zahnärzte aufzuweisen und für sie kämen nur Dentisten in Frage. Ihre Zulassung zur Krankenkassenpraxis bedeute bei der Kostspieligkeit der Zahnpflege im allgemeinen eine erhebliche Ersparnis[14]). Aus dieser Erwägung heraus wurde die Bestimmung getroffen, welche der obersten Verwaltungsbehörde die Pflicht zum Erlaß von Anordnungen über die Zulassung von Zahntechnikern zur Kassenpraxis auferlegt.

Ferner muß die oberste Verwaltungsbehörde Bestimmungen darüber erlassen, wer als Zahntechniker im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen ist[15]). Nach den beim Zustandekommen des Gesetzes im Reichstage zutage getretenen Anschauungen sollen beim Erlaß dieser Anordnungen die Verhältnisse derjenigen Dentisten, welche bisher eine einwandfreie Praxis auf diesem Gebiete ausgeübt haben, in angemessener Weise berücksichtigt werden[16]).

2. Neben der Gewährung der ärztlichen Behandlung spielt die Versorgung mit Arznei im Etat der Kassen eine bedeutende Rolle. Der Begriff der „Arznei" ist gesetzlich nicht festgelegt. Nach Rosin[17]) sind hierunter nur alle Zubereitungen, Drogen und chemischen Erzeugnisse zu verstehen, welche laut kaiserlicher Verordnung vom 22. Oktober 1901 betr. den Verkehr mit Arzneimitteln nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen. Diese

[13]) Vergl. Bader: Rechtsstaat und Kurpfuschertum Seite 25 ff.
[14]) Komm.-Ber. 2. Teil, Seite 225.
[15]) § 123 Satz 4.
[16]) Sten.-Ber. Seite 6424.
[17]) Das Recht der Arbeiterversicherung Band 1, Seite 380.

Begriffsbestimmung erscheint zu eng: auch chemische Präparate und sonstige Zubereitungen von Nichtapothekern können unter dem Begriff der Arznei fallen, sofern sie nach dem Stande der Heilkunde als Arznei gelten[18]). Der § 375 des Gesetzes spricht auch von „Arzneimitteln", welche dem freien Verkehr überlassen sind. Bezüglich der Beschaffung der Arznei sind demnach die Kassen hinsichtlich der Mittel, welche nach der kaiserlichen Verordnung dem Handel nicht freigegeben sind, auf die Apotheken beschränkt; eine Anweisung zum Bezuge dieser Mittel aus einer anderen Bezugsquelle würde den Vorstand nach §§ 367 Ziff. III, 18, des RStrGB. strafbar machen[19]).

Unter Apotheken im Sinne der Reichsversicherungsordnung sind jedoch nur inländische Apotheken zu verstehen, deren Einrichtungen den für das Inland erlassenen Vorschriften entsprechen und deren Geschäftsbetrieb der Aufsicht inländischer Behörden unterliegt[20]). Für den Gewerbeverkehr der Apotheker haben die Bundesregierungen seit dem Jahre 1905 eine einheitliche Taxe vereinbart[21]), die jedoch lediglich den Charakter von Maximalsätzen hat, von denen im Wege der Vereinbarung heruntergegangen werden kann.

Mangels einer entgegenstehenden Vorschrift müssen die Kassen zur direkten Abgabe der dem freien Verkehr unterliegenden Arzneimittel an ihre Mitglieder als berechtigt angesehen werden.

---

[18]) Stier-Somlo: Sozialgesetzgebung Seite 279; Joachim-Korn Band 1, Seite 110.

[19]) „Wer ohne polizeiliche Erlaubnis Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an andere überläßt, wird mit Geldstrafe bis 60 M. oder mit Haft bis 14 Tagen bestraft." Vergl. Entsch. des Landgerichts Elberfeld vom 6. Oktober 1898; Arbeiterversorgung 1899, Seite 280.

[20]) Stier-Somlo: Sozialgesetzgebung Seite 279; Arbeiterversorgung 1899, Seite 191.

[21]) Bekanntmachung betr. die Einführung einer einheitlichen Arzneitaxe (Zentral-Blatt für das Deutsche Reich 1911, Seite 687).

Von dem Begriff der „Arznei" ist der weitere Begriff der „Heilmittel" zu unterscheiden; hierunter fallen alle zur Milderung oder Beseitigung des Krankheitszustandes geeigneten Mittel. Auch Vorrichtungen, Kräfte-Gegenstände, Einwirkungen auf den kranken Körper[22]). Da die Kassen nur zur Gewährung „kleinerer" Heilmittel verpflichtet sind, so ist eine Abgrenzung nach der Kostenhöhe vorzunehmen; die bisherige Praxis hat als zulässige Grenze angenommen, daß die Kosten hierfür den Betrag von 20 M. nicht wesentlich übersteigen. Eine Neuerung gegenüber dem bisherigen Recht bedeutet die Vorschrift, daß die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzen, sowie auch bestimmen kann, daß die Kasse bis zu dieser Höhe einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren darf[23]).

3. a) An Stelle der Krankenpflege in der Wohnung des Versicherten und des Krankengeldes kann die Kasse auch eine „erweiterte Krankenpflege" gewähren, bestehend in Kur und Verpflegung in einem Krankenhause, unter Wegfall des Krankengeldes. Krankenhäuser sind „alle Anstalten zur Behandlung und Verpflegung in Krankheitszuständen, mögen sie allgemeinen oder besonderen Zwecken dienen, mag der Betrieb auf Rechnung einer öffentlichen Körperschaft, einer Stiftung, Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Versicherungsanstalt, eines gemeinnützigen Vereins, einer Privatperson erfolgen, konfessionell oder nicht"[24]). Ob auch eine gemeindliche Krankenstube als Krankenhaus angesehen werden kann, wird häufig zweifelhaft sein. Zum mindesten wird man fordern müssen, daß hierbei regelmäßig eine Person für Pflege anwesend ist, welche den an das

---

[22]) v. Frankenberg: Anm. 6h zu § 182 RVO.; Rosin: Band 1, Seite 378.

[23]) § 193; Begründung Seite 158.

[24]) Rosin: Band 1, Seite 386; Stier-Somlo: Sozialversicherung Seite 282.

niedere Heilpersonal zu stellenden Anforderungen nachkommt[25]).

Das Recht der Krankenkasse zur Einweisung ihrer erkrankten Mitglieder in ein Krankenhaus ist jedoch nicht unbeschränkt. Bei Kranken, welche einen eigenen Haushalt haben oder die Mitglieder des Haushaltes ihrer Familie sind, bedarf es hierzu der Zustimmung[26]). Von der Zustimmung kann jedoch abgesehen werden, wenn der Erkrankte wiederholt der Kassenordnung oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwider gehandelt hat, wenn sein Zustand oder Verhalten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert, ferner wenn die Krankheit ansteckend ist oder die Art der Krankheit eine Behandlung erfordert, welche in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist[27]). In den drei zuletzt genannten Fällen soll die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren; ein in der Reichstagskommission gestellter Antrag, welcher eine Verpflichtung der Kassen zur Gewährung der Krankenhauspflege dann begründen wollte, wenn diese nach dem Gutachten des behandelnden Arztes notwendig sei, wurde abgelehnt[28]). Die Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Hausbehandlung und des Krankengeldes unterliegt daher lediglich dem pflichtgemäßen Ermessen des Kassenvorstandes.

Bei der Einweisung in ein Krankenhaus ist zu beachten, daß die Kasse, welche einen Versicherten ohne Vorbehalt einweist, über die satzungsmäßige Dauer hinaus für die Kosten nicht haftet[29]).

---

[25]) Komm.-Ber. Seite 405, 406; vergl. Entscheidung des bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 23. Mai 1903; Reger: Band XXIII, Seite 452; Entscheidung des sächsischen Oberverwaltungsgerichts vom 28. März 1903; Reger: Band XXIV, Seite 322.

[26]) § 184 Abs. I.

[27]) § 184 Abs. III.

[28]) Komm.-Ber. 2. Teil, Seite 64.

[29]) Vergl. Entscheidung des Preuß. Kammergerichts vom 9. Februar 1895 und 18. Dezember 1895; Arbeiterversorgung 1895, Seite 331 und 1896, Seite 414.

b) Mit Rücksicht auf die beschränkte Zahl der Landärzte und auf die bei den großen Entfernungen entstehenden hohen Fuhrkosten, welche die finanzielle Leistungskraft der Landkrankenkassen gefährden können, ist bei diesen in bestimmten Fällen die Gewährung der „erweiterten Krankenpflege" auch in solchen Fällen vorgesehen, wo sie nach § 184 der Zustimmung des Versicherten bedürfen würde. Voraussetzung hierfür ist, daß die oberste Verwaltungsbehörde den Landkrankenkassen eines ganzen Bundesstaates oder eines bestimmten Bezirks generell die Einführung der „erweiterten Krankenpflege" gestattet hat und daß das Oberversicherungsamt einer dahingehenden Bestimmung der Satzung seine Genehmigung erteilt hat. An Stelle der Genehmigung des Oberversicherungsamtes tritt die der obersten Verwaltungsbehörde in den Bezirken, in denen die in der Landwirtschaft Beschäftigten schon bisher — landesgesetzlich oder ortsstatutarisch — der Krankenversicherung unterlagen[30]). Durch letztere Bestimmung soll verhindert werden, daß der bisherige Rechtszustand der in der Landwirtschaft beschäftigten Versicherten durch die Reichsversicherungsordnung verschlechtert wird. Die Satzung darf jedoch Bestimmungen über die Einführung der erweiterten Krankenpflege nur dann treffen, wenn sonst die Leistungsfähigkeit der in der Landwirtschaft Beschäftigten oder ihrer Arbeitgeber beeinträchtigt werden würde und wenn eine ausreichende Zahl von Krankenhäusern und ähnlichen Heilanstalten die Durchführung der erweiterten Krankenpflege sichert[31]).

Gegenüber den allgemeinen Vorschriften besteht bei den Landkrankenkassen ein erweiterter Zwang, um die Versicherten zur Krankenhauspflege zu veranlassen. Lehnt nämlich der Versicherte diese da ab, wo sie nach § 184 des Gesetzes seiner Zustimmung bedürfen würde, so hat er nur einen Anspruch auf Krankenpflege, nicht auch auf

---

[30]) §§ 428, 426.
[31]) § 427.

Krankengeld; lediglich dann, wenn er bisher von seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, hat er auf das halbe Krankengeld Anspruch[32]). Ist durch die Satzung die Gewährung der „erweiterten Krankenpflege" vorgesehen, so hat der Erkrankte im Regelfalle auch einen Anspruch auf die Krankenhauspflege. Wird im Ausnahmefall die Krankenhauspflege nicht gewährt, weil sie entweder undurchführbar ist oder nach ärztlichem Gutachten die Heilung nicht fördern würde, so hat die Kasse die gesetzlichen Leistungen an Krankenpflege und Krankengeld so zu gewähren, als wenn die Satzung keine Bestimmung über „erweiterte Krankenpflege" enthielte[33]).

c) Weiter ist auch für Dienstboten in der Regel die erweiterte Krankenpflege unter denselben Voraussetzungen wie bei den Landkrankenkassen vorgesehen, weil eine ausreichende Krankenpflege im Hause des Dienstberechtigten oft schwer gewährt werden kann, und weil nach Ablauf des Dienstverhältnisses der arbeitsunfähige Dienstbote nicht immer leicht ein Unterkommen findet. Während jedoch bei Landkrankenkassen die Satzung die Bestimmung über die Gewährung „erweiterter Krankenpflege" nur dann treffen darf, wenn sonst die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer oder ihrer Arbeitgeber beeinträchtigt werden würde, fällt diese Voraussetzung bei der Gewährung „erweiterter Krankenpflege" an Dienstboten fort[34]). Zuständig für die Zustimmung zu einer dahingehenden Bestimmung der Satzung ist in diesem Falle immer das Oberversicherungsamt, nicht auch wie im Sonderfalle des § 428 Satz 2 die oberste Verwaltungsbehörde.

Auch da, wo die erweiterte Krankenpflege durch die Satzung nicht eingeführt ist, hat die Krankenkasse sie auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten zu gewähren, wenn die Krankheit ansteckend ist oder der in die

[32]) § 431.
[33]) §§ 429, 430; Begründung Seite 231.
[34]) §§ 427, 435.

häusliche Gemeinschaft aufgenommene Dienstbote nicht nach Art der Krankheit oder nur unter erheblicher Belästigung des Dienstberechtigten behandelt oder verpflegt werden kann[35]). Während also nach § 184 die Kasse in diesen Fällen die erweiterte Krankenpflege nur „möglichst gewähren soll", ist hiernach eine Verpflichtung der Krankenkasse begründet, deren Erfüllung sowohl vom Dienstberechtigten wie auch vom Dienstboten verlangt werden kann. Sieht die Satzung die erweiterte Krankenpflege vor, so ist auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Versicherten von der Unterbringung in einer Heilanstalt abzusehen, wenn sie nach ärztlichem Gutachten nicht notwendig ist[36]).

4. Die für die Berufsgenossenschaft bestehende Verpflichtung, bei Verletzungen vom Beginn der vierzehnten Woche nach dem Unfall Krankenbehandlung zu gewähren, kann auch durch Darbietung freier Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt erfüllt werden. Bezüglich der Einweisung sind die Berufsgenossenschaften in demselben Maße an den Willen des Verletzten gebunden wie die Krankenkassen im Falle des § 184[37]). In Sachen der Seeunfallversicherung kann mit Zustimmung des Verletzten an Stelle der Heilanstaltspflege auch freie Kur und Verpflegung am Bord eines Fahrzeugs gewährt werden[38]). Während der Dauer der Gewährung von Heilanstaltspflege entfällt die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft zur Zahlung einer Rente.

5. Diejenigen Personen, welche eine Rente auf Grund der Invalidenversicherung oder auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 ein Ruhegeld oder eine Rente beziehen, können auf ihren Antrag in einem Invaliden- oder Waisenhause oder einer ähnlichen

---

[35]) § 437.
[36]) § 435 Satz 2.
[37]) §§ 597, 600, 951, 1104; 1102 Abs. I.
[38]) § 1102 Satz 2.

Anstalt untergebracht werden[39]). In der Invalidenversicherung kann jedoch eine solche Unterbringung nur dann erfolgen, wenn die Satzung der Versicherungsanstalt dem Vorstande eine dahingehende Ermächtigung erteilt hat. Zu den Kosten der Unterbringung von Rentenempfängern können dann deren Barbezüge ganz oder teilweise verwendet werden.

§ 9. Die Berechtigung der Versicherungsträger zur Einleitung eines Heilverfahrens.

Zur Beseitigung oder Milderung von Unfallfolgen ist der Berufsgenossenschaft die Möglichkeit gegeben, ein Heilverfahren eintreten zu lassen, das sie auch durch Unterbringung in einer Heilanstalt gewähren kann. Auch hier ist — abgesehen von den im § 597 Abs. IV besonders hervorgehobenen Ausnahmefällen — die Zustimmung derjenigen Verletzten, welche einen eigenen Haushalt haben oder die Mitglieder des Haushalts ihrer Familie sind, zur Einweisung erforderlich.

1. Bei der Wichtigkeit, welche einer sachgemäßen Behandlung unmittelbar nach dem Unfall für die Beseitigung und Herabminderung der Unfallfolgen beizumessen ist, besteht für die Berufsgenossenschaft das Recht, das Heilverfahren auch schon während der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall einzuleiten, wenn zu besorgen ist, daß eine Unfallentschädigung geleistet werden muß. Damit der Verletzte durch die vorzeitige Uebernahme des Heilverfahrens nicht schlechter gestellt wird als es bei der Gewährung der Krankenpflege durch die Krankenkasse während der ersten dreizehn Wochen der Fall sein würde, ist die Berufsgenossenschaft in diesem Falle gehalten, dem Kranken bis zum Ablauf der dreizehnten Woche das zu gewähren, was ihm seine Krankenkasse nach Gesetz oder Satzung zu leister hätte[1]).

---

[39]) § 1277 RVO.; § 44 des Versicherungsgesetzes.

[1]) §§ 1513, 580, 945, 946, 1092.

Auch wenn ein früheres Heilverfahren bereits abgeschlossen ist, kann die Genossenschaft jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen, wenn zu erwarten steht, daß es die Erwerbsfähigkeit des Unfallrentners erhöht. Neben dem Verletzten kann auch die Krankenkasse, knappschaftliche Krankenkasse oder Ersatzkasse, der er angehört, die Wiederaufnahme des Heilverfahrens beantragen[2]).

Bei der Einleitung des Heilverfahrens ist jedoch die Genossenschaft, sofern sie Heilanstaltspflege gewähren will, nicht unbeschränkt. Einmal ist sie während des Heilverfahrens bei demjenigen Verletzten, der von Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen in einer Anstalt mit genügenden Heileinrichtungen untergebracht ist, an dessen Zustimmung gebunden, wenn sie ihn in einer anderen Anstalt unterbringen will. Das Versicherungsamt des Aufenthaltsortes kann jedoch die Zustimmung des Verletzten ersetzen. Diese Bestimmung, durch welche verhindert werden soll, daß der Verletzte nicht rechtlos während des Heilverfahrens von Heilanstalt zu Heilanstalt umhergeschickt werde[3]), greift also auch dann Platz, wenn mit dem Beginn der vierzehnten Woche nach dem Unfall die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft zur Gewährung der Krankenbehandlung begründet ist, nicht allein während der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall, wo lediglich der Träger der Krankenversicherung zur Gewährung der Krankenpflege verpflichtet ist.

Wenn die Berufsgenossenschaft vor dem Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Unfall das Heilverfahren übernimmt, so kann allgemein eine Beschränkung der Berufsgenossenschaft bei der Einweisung in ein Krankenhaus vorkommen, und zwar auch dann, wenn der Verletzte noch nicht — wie im Falle des § 605 — in einer Heilanstalt untergebracht ist. Die oberste Verwaltungsbehörde kann

---

[2]) § 604.

[3]) § 605, Komm.-Ber. zu § 622 des Entwurfs, 3. Teil, Seite 80.

nämlich anordnen, daß Unfallverletzte, die Mitglieder von Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen sind, denen Anstalten mit genügenden Heileinrichtungen zu Gebote stehen, in einer anderen Heilanstalt vor Beginn der 14. Woche nach dem Unfall nur dann untergebracht werden dürfen, wenn es die Vorstände der Kassen oder Kassenverbände genehmigen. Diese Vorschrift ist hauptsächlich im Interesse der Knappschaftskrankenhäuser getroffen, welche infolge vorzeitiger Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften nicht voll belegt und deren Unterhaltungskosten infolgedessen unverhältnismäßig hoch waren; weiter soll auch durch diese Vorschrift verhindert werden, daß die Versicherten aus ihren bisherigen Verhältnissen herausgerissen und in eine vielleicht weit entfernte Heilanstalt der Berufsgenossenschaft gebracht werden[4]). Da die entsprechenden Bestimmungen der Unfallversicherungsgesetze forderten, daß die Heilanstalten von den Kassen oder Kassenverbänden „errichtet werden, wird man unter dem Begriff des „Zugebotestehens" nach § 1517 mit Rücksicht auf die in den Kommissionsberatungen zum Ausdrucke gekommene Tendenz der Bestimmung zu verstehen haben, daß der Krankenkasse das Krankenhaus gehört oder von ihr wesentlich mit unterhalten wird, und daß die Voraussetzung des § 1517 nicht schon dann gegeben ist, wenn die Krankenkassen lediglich durch Verträge mit Krankenhäusern sich ein Recht zur jeweiligen Einweisung ihrer erkrankten Mitglieder gesichert haben[5]).

Andererseits kann aber auch die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren derjenigen Krankenkasse, welcher der Verletzte zur Zeit des Unfalls oder später angehört hat, über die dreizehnte Woche nach dem Unfall hinaus bis zum Ende des Heilverfahrens in dem Umfange übertragen, den sie für geboten hält[6]).

[4]) § 1517: Komm.-Ber. V. Seite 18.

[5]) Uebereinstimmend Hanow-Lehmann, Komm. zur RVO. Anm. 4 zu § 1517.

[6]) § 1514 Abs. 1.

Um der Berufsgenossenschaft die Möglichkeit zu geben, sich über die Einleitung eines Heilverfahrens schlüssig zu machen, ist ihr weiter das Recht gegeben, innerhalb der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall den Verletzten — auch ohne ihm ein Heilverfahren zu gewähren — ärztlich untersuchen zu lassen und von der Krankenkasse, der knappschaftlichen Krankenkasse, der Ersatzkasse, dem behandelnden Arzte oder bei nicht der Krankenversicherung unterliegenden Verletzten von dem Unternehmer Auskunft über die Behandlung und den Zustand des Verletzten zu verlangen[7]). Die Kosten für die ärztliche Untersuchung hat die Genossenschaft als Auftraggeberin zu tragen[8]).

Während der Unternehmer zu dieser Auskunft durch Geldstrafen bis zu Einhundert Mark angehalten werden kann, welche auf Antrag der Genossenschaft durch das Versicherungsamt verhängt werden, sind in diesem Falle Zwangsmittel gegen den Arzt, welcher die von der Genossenschaft erforderte Auskunft nicht gewährt, nicht vorgesehen. Dieser bleibt demnach dann nur die Möglichkeit, das Versicherungsamt um die Vornahme der Beweisaufnahme zu ersuchen[9]).

2. In der Invalidenversicherung kann sowohl zur Abwendung der infolge einer Erkrankung drohenden Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe[10]), wie auch bei bereits eingetretener Invalidität ein Heilverfahren durch die Versicherungsanstalt eingeleitet werden, wenn zu erwarten ist, daß der Erkrankte oder der Rentenempfänger hierdurch wieder erwerbsfähig wird[11]). Läßt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so hat sie für dessen Dauer dem Kranken das zu gewähren, was diesem seine Krankenkasse nach Gesetz oder Satzung zu leisten hätte[12]). Ebenso

[7]) § 581 Abs. I.
[8]) Komm.-Ber. zu § 601, Seite 60.
[9]) § 581 Abs. II; §§ 1576, 1577.
[10]) § 1269.
[11]) § 1305.
[12]) § 1518 Satz 1.

wie die Berufsgenossenschaft kann auch die Versicherungsanstalt, die ein Heilverfahren eintreten läßt, die Fürsorge für den Kranken seiner letzten Krankenkasse in dem Umfange übertragen, den sie für geboten hält[13]); weiter kann sie auch insbesondere den Erkrankten in einem Krankenhause oder einer Anstalt für Genesende unterbringen, jedoch bedarf es auch hier bei denjenigen Versicherten, die einen eigenen Haushalt haben oder Mitglieder des Haushaltes ihrer Familie sind, sowie bei denjenigen, die verheiratet sind und mit ihrer Familie zusammen leben, ihrer Zustimmung Zu beachten ist also, daß im letzteren Falle nicht wie in §§ 184, 597 ein eigener Haushalt gefordert wird[14]).

3. Soweit nicht bereits durch einen Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung ein Heilverfahren eingeleitet ist, kann auch nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 ein Heilverfahren durch die Reichsversicherungsanstalt eingeleitet werden, und zwar sowohl, um die infolge einer Erkrankung drohende Berufsunfähigkeit eines Versicherten abzuwenden, wie auch dann, wenn zu erwarten ist, daß ein Heilverfahren den Empfänger eines Ruhegeldes wieder berufsfähig macht[15]). Die Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhause oder in einer Anstalt für Genesende ist hierbei unter denselben Voraussetzungen wie in der Invalidenversicherung zulässig[16]). Eine Uebertragung des Heilverfahrens durch die Reichsversicherungsanstalt auf die Krankenkasse, welcher der Versicherte zuletzt angehört hat, ist in diesem Gesetz nicht vorgesehen.

4. a) Naturgemäß kann das eigene Ermessen des Verletzten nicht ausschlaggebend sein, inwieweit er sich einem Heilverfahren unterziehen lassen will, sondern das Gesetz

---

[13]) § 1519 Abs. I.
[14]) § 1270 Abs. II.
[15]) § 36 des Gesetzes vom 20. Dezember 1911.
[16]) § 37 des Gesetzes.

legt ihm auch die Verpflichtung auf, den Anordnungen die das Heilverfahren betreffen, Folge zu leisten. Hat er solche ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund nicht befolgt und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt, so kann ihm der Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Berufsgenossenschaft ihn auf die Folge seiner Weigerung hingewiesen hat[17]). Diese Vorschrift greift jedoch nicht Platz, wenn die Berufsgenossenschaft gemäß § 591 die ärztliche Untersuchung angeordnet hat. Weigert sich der Verletzte grundlos, diese an sich vornehmen zu lassen, so kann der Versicherungsträger die nach Lage des Falles ungünstigsten Schlüsse für den infolge der Verletzung zurückgebliebenen Körperzustand des Verletzten ziehen[18]).

b) Aehnliche Vorschriften über die Rechtsnachteile der Ablehnung eines Heilverfahrens finden sich in der Invalidenversicherung und in dem Versicherungsgesetz für Angestellte. Einem Rentenbewerber, der sich ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund dem Heilverfahren entzieht, durch welches die Invalidität voraussichtlich verhütet worden wäre, sowie einem Rentenempfänger, der sich ohne Grund einer Nachuntersuchung oder Beobachtung in einem Krankenhaus entzieht oder ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund ein Heilverfahren ablehnt, welches die Beseitigung der Invalidität verspricht, kann die Rente auf Zeit ganz oder teilweise versagt bzw. entzogen werden, wenn die Versicherungsanstalt auf diese Folge hingewiesen hat[19]).

Wenn es sich jedoch nicht um ein Heilverfahren, sondern lediglich um Beobachtung in einer Anstalt handelt oder wenn der Versicherte bei der Feststellung der Invalidität die Vornahme der ärztlichen Untersuchung vereitelt, so kann nicht von vornherein die Rente versagt, sondern ledig-

---

[17]) § 606.
[18]) Begründung zu § 623 des Entwurfs Seite 304.
[19]) §§ 1272, 1306.

lich der nach Lage der Akten zulässige ungünstigste Schluß bezüglich seines Zustandes gezogen werden[20]).

Das Versicherungsgesetz für Angestellte sieht nur die Versagung der Renten vor gegenüber einem Rentenbewerber — nicht auch Entziehung gegenüber einem Rentenempfänger — bei der Ablehnung eines Heilverfahrens unter denselben Voraussetzungen wie die erwähnten Bestimmungen der Invalidenversicherung[21]).

5. An dieser Stelle mag kurz erörtert werden, inwieweit ein Versicherter gehalten ist, sich einem operativen Eingriff zu unterwerfen. In der Reichstagskommission war zu dem § 623 des Entwurfes, welcher dem § 606 der RVO. entspricht, folgender Zusatz beantragt worden: „Handelt es sich bei den Anordnungen um einen tiefgehenden wundärztlichen Eingriff, so treten die Rechtsnachteile nach Abs. I nur dann ein, wenn dem Verletzten zugleich mit der Anordnung eine Bescheinigung des für seinen Wohnort zuständigen beamteten Arztes darüber mitgeteilt ist, daß die Vornahme des Eingriffs zur Wiederherstellung oder Hebung der Erwerbsfähigkeit notwendig und nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung mit Lebensgefahr nicht verbunden ist." Zur Begründung dieses Antrags wurde ausgeführt, die Verletzten hätten keinen Anspruch auf Ersatz für denjenigen Schaden, der bei pflichtgemäßem Verhalten nach dem Unfall erweislich hätte vermieden werden können, insbesondere für denjenigen Schaden, der lediglich durch die Weigerung, sich einer sachgemäßen Heilbehandlung zu unterwerfen, entstanden sei. Der angefügte Absatz II erscheine um deswillen notwendig, weil nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes der Verletzte, ohne Rechtsnachteile befürchten zu müssen, auch den unerheblichsten operativen Eingriff ablehnen dürfe. Durch diese Rechtslage erwachse dem Verletzten selbst der größte Schaden, und

---

[20]) Vergl. Amtl. Nachrichten 1898, Seite 391 Ziff. 671; 1900, Seite 675 Ziff. 819; Düttmann-Appelius: Anm. 23 zu § 1255.

[21]) § 39 des Versicherungsgesetzes.

es sei nicht erkenntlich, warum der öffentlich-rechtlich Versicherte anders behandelt werden solle wie der bei einer privaten Gesellschaft Versicherte, den die Rechtsprechung des Reichsgerichts für verpflichtet erklärt habe, sich solchen operativen Maßnahmen zu unterwerfen, die ein nicht Versicherter verständigerweise an sich vornehmen lassen würde[22]).

Demgegenüber wurde von einem Vertreter der Verbündeten Regierungen geltend gemacht, es könne bei jeder eigentlichen Operation infolge vorher nicht erkennbarer Umstände eine Lebensgefährdung eintreten und demgemäß ein gewissenhafter Arzt die vorgesehene Bescheinigung nicht ausstellen. Nach der Praxis des Reichsversicherungsamtes[23]) fielen auch nicht alle chirurgischen Eingriffe unter den Begriff der Operation, sondern der Verletzte sei während der Dauer des Heilverfahrens zur Duldung solcher Maßnahmen verpflichtet, die eine ordnungsmäßige Wundbehandlung überhaupt erst ermöglichten, wie ihm auch zu Heilungszwecken die Duldung gewisser Schmerzen nicht erspart werden könne. Darüber hinaus halte allerdings das Reichs-

---

[22]) Vergl. RG. Bd. 60, Seite 147, Entsch. vom 13. Februar 1905: „Von demjenigen, welcher an seiner Gesundheit durch einen Unfall geschädigt worden ist, für dessen Folgen ein anderer ersatzpflichtig ist, muß verlangt werden, daß er, soweit er dazu imstande ist, zur Heilung oder Besserung seiner Krankheit die nach dem jetzigen Stande der medizinischen Wissenschaft sich darbietenden Mittel zur Anwendung bringe, und es muß hierbei als Regel gelten, daß der Verletzte in solchem Falle nicht anders handeln darf, als es bei gleicher Gesundheitsstörung ein verständiger Mensch tun würde, der nicht in der Lage ist, die Vermögensnachteile, die ihm bei der Fortdauer der Krankheit erwachsen, auf einen anderen abzuwälzen. Unterläßt es der Verletzte, in dieser Weise auf Wiederherstellung seiner Gesundheit Bedacht zu nehmen, so ist hierin ein Verschulden im Sinne des § 254 Abs. II des Bürgerlichen Gesetzbuches zu finden."

[23]) Vergl. Amtl. Nachrichten 1888, Seite 282 Ziff. 552; Seite 284 Ziff. 553; 1893, Seite 159 Ziff. 1213. Handbuch der Unfallversicherung Band 1, Seite 323 ff. Anm. 4 zu § 23 Abs. II GUVG.

versicherungsamt den Verletzten nicht für verpflichtet, Operationen an sich vornehmen zu lassen, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen, oder die — wie jede die Chloroformierung erheischende Operation — nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden könnten. Diese Frage sei meist bei nachträglichen Eingriffen nach Abschluß des eigentlichen Heilverfahrens praktisch geworden, so z. B. wenn es sich um das Wiederbrechen eines schlecht geheilten Armes, um das gewaltsame Biegen von Gliedern gehandelt habe. In diesen Fällen habe das Reichsversicherungsamt die Weigerung des Verletzten als berechtigt anerkannt. In dieser Praxis, die also insbesondere bei frischer Verletzung die notwendigen ärztlichen Eingriffe ermögliche, müsse man einen billigen Ausgleich zwischen den Interessen der Berufsgenossenschaft und der Verletzten erkennen. Der als Zusatz des § 623 des Entwurfs gestellte Antrag 332 Nr. 2 wurde abgelehnt.

Stier/Somlo[24]) nimmt eine Verpflichtung zur Duldung der Vornahme einer Operation dann an, wenn keine Lebensgefahr und auch keine dauernde Versehrtheit des Körpers zu erwarten steht, und zwar auch in den Fällen, wenn ein Eingriff erfolgt, aber eine Verschlimmerung bei normalem Verlaufe nicht möglich ist.

Ob sich nicht für die Folgezeit eine Abkehrung des Reichsversicherungsamtes von dem in den Entscheidungen Nr. 552 und 553 (Amtl. Nachr. 1888, Seite 282, 284) eingenommenen Standpunkt nach der von diesem Schriftsteller vorgeschlagenen Richtung hin empfiehlt, wird jedenfalls weiterhin Gegenstand ernsthafter Erwägungen bleiben müssen, wobei insbesondere auch die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft entsprechend zu berücksichtigen sind.

Stimmt der Verletzte einer Operation zu, so ist ihre Vornahme auch dann zulässig, wenn es sich um Lebensgefahr, um den Bestand und die Unversehrtheit des Körpers oder um eine Verschlimmerung des bestehenden Krankheits-

---

[24]) Vergl. Studien zum sozialen Recht, Seite 183.

zustandes handelt. Jedenfalls muß sich der behandelnde Arzt darüber, ob die Zustimmung auch im einzelnen Falle gegeben ist, erst vergewissern, da er sich leicht bei eingetretenem Schaden einer zivilrechtlichen Inanspruchnahme auf Grund des § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuches oder — auch ohne diese Voraussetzung — der Gefahr einer strafgerichtlichen Verfolgung auf Grund der §§ 223a, 225 des Strafgesetzbuches aussetzt, indem die Judikatur des Reichsgerichts in der Operation, obgleich diese den für die Tatbestandsmerkmale des § 223 StGB. erforderlichen Begriff „der Mißhandlung" nicht enthält, eine Körperverletzung erblickt hat[25]).

§ 10. Verhältnis der Krankenkassen zu Aerzten, Zahnärzten, Krankenhäusern.

Während das Krankenversicherungsgesetz die Kassen hinsichtlich des Abschlusses von Verträgen mit Aerzten vollkommen freigestellt hat, sind sie nach dem Wortlaut der Reichsversicherungsordnung als gehalten anzusehen, solche Verträge abzuschließen. Allerdings fordert das Gesetz nur einen Abschluß unter Bedingungen, welche der Kasse billigerweise zugemutet werden können. Bei dem Vertragschluß stehen sich die Kassenorgane und die Aerzte als gleichberechtigte Faktoren gegenüber. Während jedoch für die ihm angeschlossenen Kassen auch ein Kassenverband die Verträge vorbereiten oder abschließen kann, ist die Beteiligung einer ärztlichen Organisation nur in der Art denkbar, daß mit dieser zwar die maßgebenden Grundsätze vereinbart werden; als Vertragsschließender kommt jedoch immer nur das einzelne Mitglied in Betracht, das sich unmittelbar der Kasse gegenüber verpflichtet; eine mittelbare Verpflichtung durch Vermittlung der Organisation ist nicht zulässig. Gegenüber dem bisherigen Rechtszustande, wonach für die Verträge zwischen Kassen und Aerzten keine

---

[25]) Vergl. Entsch. RG. in Strafsachen Band XXV, Seite 376

bestimmte Form vorgeschrieben war, ist nach der Reichsversicherungsordnung der Abschluß in schriftlicher Form erforderlich, um Gültigkeit zu haben[1]). Demgemäß kommt der Vertrag erst zustande durch die Unterzeichnung der Parteien auf derselben Urkunde oder, bei Aufnahme mehrerer gleichlautender Urkunden, durch Unterzeichnung einer Partei unter die für die andere Partei bestimmte Urkunde[2]). Die Nichtbeachtung dieser Formvorschrift hat die Nichtigkeit der Abmachungen zur Folge[3]).

Um eine Uebersicht der gegenseitigen Beziehungen zwischen Kassen und Aerzten zu ermöglichen, sowie, um der Aufsichtsbehörde Gelegenheit zur Prüfung zu geben, ob die von den Kassen ihren Mitgliedern zur Verfügung gestellte ärztliche Hilfe auch ausreichend ist, hat die Kasse die Pflicht, Nachweisungen über Art und Höhe des Entgelts für die ärztlichen Leistungen sowie die Zahl der für die Kasse tätigen Aerzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker dem Versicherungsamte innerhalb der vom Bundesrate festzusetzenden Einsendungsfristen mitzuteilen[4]).

Sofern es die Kasse nicht erheblich mehrbelastet, soll sie mit mindestens zwei Aerzten Verträge abschließen und den Versicherten unter diesen die Auswahl freilassen. Wenn eine Kasse für die Inanspruchnahme der einzelnen Aerzte bestimmte Kursprengel eingerichtet hat, so steht dem Versicherten die Auswahl unter sämtlichen von der Kasse bestellten Aerzten dann zu, wenn er die Mehrkosten übernimmt[5]). Durch die Aufnahme dieser Bestimmung wollte man insbesondere beim Verziehen eines Kassenmitgliedes aus einem Kursprengel in den anderen die Beibehaltung des früheren Arztes ermöglichen. Jedoch besteht eine Verpflichtung des für einen Kursprengel bestellten Arztes zur

---

[1]) § 368 RVO.
[2]) § 126 Abs. II BGB.
[3]) § 125 Satz I BGB.
[4]) § 367 Abs. I Ziff. 6; Begründung Seite 212.
[5]) § 369.

Uebernahme der Behandlung Versicherter aus anderen Bezirken nicht, es sei denn, daß er eine solche Verpflichtung ausdrücklich übernommen hat. Die Kasse ist auch nur zur Vergütung desjenigen Betrages verpflichtet, welchen sie dem eigentlich zuständigen Arzte hätte zahlen müssen; die Mehrkosten stellen lediglich ein privatrechtliches Schuldverhältnis zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt dar, aus dem nur der Patient und nicht auch die Kasse haftet[6]).

Jedoch kann die Satzung bestimmen, daß der Behandelte während derselben Krankheit oder des Geschäftsjahres den Arzt nur mit Zustimmung des Vorstandes wechseln darf[7]). Diese Vorschrift gilt selbst dann, wenn der Versicherte bereit ist, die Mehrkosten zu übernehmen.

Ist ein Vertrag abgeschlossen[8]), so kann die Kasse, abgesehen von dringenden Fällen, die Bezahlung anderer Aerzte ablehnen[9]). Ein dringender Fall liegt vor, wenn dem Versicherten nach Lage des Falles die Inanspruchnahme bestimmter Aerzte billigerweise nicht zugemutet werden kann, insbesondere also dann, wenn eine erhebliche Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder die Arbeitsfähigkeit des Kranken von ihm angenommen werden muß, sofern nicht alsbald ein anderer Arzt zugezogen würde[10]). Ohne Einfluß ist, ob die Dringlichkeit durch ein Verschulden des Erkrankten herbeigeführt ist; jedoch schließt die vorsätzliche Herbeiführung der Dringlichkeit die Verpflichtung der Kasse aus, für die Bezahlung eines anderen Arztes aufzukommen[11]).

---

[6]) Komm.-Ber. 2. Teil, Seite 338.

[7]) § 369 Satz III.

[8]) Ueber die Stempelpflicht der Verträge nach dem Preußischen Stempelsteuergesetz vom 30. Juni 1909 vergl. Arbeiterversorgung 1911, Seite 240.

[9]) § 368 Satz 2.

[10]) Vergl. v. Frankenberg: Anm. 4 zu § 368.

[11]) Piloty-Redenbacher: Anm. 8 zu § 6a KVG.; Petersen: Anm. 23 zu § 6a KVG.; Olshausen: Anm. 2e zu § 368 RVO.; Roger: Band 21, Seite 55; Entsch. des OLG. Hamburg vom 8. Mai 1908; Sörgel: Jahrbuch des Verwaltungsrechts, Seite 371.

Liegt ein dringender Fall vor, so besteht auch ein direkter Anspruch des nicht im Vertragsverhältnis zur Kasse stehenden Arztes gegen diese, sofern er bei der Behandlung wußte, daß er sie einem Kassenpatienten gewährte und in der Erfüllung der Fürsorgepflicht der Kasse die Behandlung übernehmen wollte. Er kann daher auch dieser gegenüber nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung, nicht etwa auch nach dem Stande und Vermögen des Patienten liquidieren.

Erhält der Arzt erst nachträglich Kenntnis von der Eigenschaft des Patienten als Kassenmitglied, so ist auch kein Anspruch unter dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag gegen die Kasse gegeben, sondern lediglich dann, wenn die Kasse durch die Tätigkeit eine Ausgabe gespart hat, ein Ersatzanspruch unter dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung der Kasse[12]). Außer in dringenden Fällen besteht nach dem Wortlaut des Gesetzes eine Verpflichtung der Kasse zur Bezahlung anderer Aerzte auch dann nicht, wenn der Versicherte aus entschuldbarem Irrtum einen nicht im Vertragsverhältnis zur Kasse stehenden Arzt hinzugezogen hat[13]); die Beurteilung, inwieweit ein Anspruch gegen den Kranken gegeben ist, hat nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts zu erfolgen.

Das Gesetz hat auch Maßnahmen dahin getroffen, daß die Versicherten die ihnen gesetzlich für den Krankheitsfall zugebilligte Hilfe auch tatsächlich in ausreichender Weise erhalten. Genügt bei einer Krankenkasse die ärztliche Behandlung oder Krankenhauspflege nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten, so kann das Oberversicherungsamt nach Anhören der Kasse jederzeit an-

---

[12]) Vergl. Joachim-Korn a. a. O., Seite 848; Staudinger: Kommentar zum BGB., § 683 Anm. 2; Olshausen: Anm. 2h zu § 368 RVO.; Flügge: Das Recht des Arztes, Seite 80.

[13]) Stier-Somlo: Sozialgesetzgebung, Seite 276 Anm. 31; Olshausen: Anm. 2i zu § 368.

ordnen, daß diese Leistungen noch durch andere Aerzte oder Krankenhäuser zu gewähren sind[14]).

Die Voraussetzungen zum Erlaß einer solchen Anordnung sind sowohl dann gegeben, wenn nicht genügend viel Aerzte und Krankenhäuser zur Verfügung gestellt sind, wie auch dann, wenn die zur Verfügung gestellten qualitativ selbst nach der ideellen Seite hin nicht genügen[15]). Nicht mehr, wie nach § 56a, ist erforderlich, daß der Erlaß der Anordnung von einer bestimmten Zahl von Kassenmitgliedern beantragt wird; das Oberversicherungsamt kann vielmehr jederzeit nach eigenem pflichtgemäßen Ermessen einschreiten und hat etwaigen Anträgen auch nur dann stattzugeben, wenn es sie für berechtigt hält[16]). Jedoch kann zunächst lediglich eine Vermehrung der Aerzte und Krankenhäuser im allgemeinen angeordnet werden, nicht auch schon eine namentliche Bezeichnung im einzelnen erfolgen. Mit Rücksicht auf das Selbstverwaltungsrecht der Kassen soll die Anordnung in möglichst schonenden Grenzen gehalten und nur solange getroffen werden, als es ihr Zweck erfordert. Soll sie über ein Jahr gelten, so bedarf sie der Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde[17]). Leistet die Kasse einer solchen Anordnung des Oberversicherungsamtes binnen der ihr gesetzten Frist nicht Folge, so kann das Oberversicherungsamt selbst die erforderlichen Verträge mit Aerzten und Krankenhäusern auf Kosten der Kasse abschließen.

Während nach § 56a des Krankenversicherungsgesetzes die entsprechenden Verfügungen der höheren Verwaltungsbehörde endgültig sind, hat die Kasse nach der Reichsversicherungsordnung gegen die Anordnungen und Maßnahmen des Oberversicherungsamtes binnen einer Woche die

---

[14]) § 372 Abs. I.

[15]) v. Frankenberg: Anm. 2 zu § 372; Sten. Ber. zur Novelle vom 10. April 1892, Seite 4787.

[16]) Begründung Seite 218 Komm.-Ber. 2. Teil 317.

[17]) § 372 Abs. II.

Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde[18]. Da es sich durchweg um dringliche Angelegenheiten handelt, so ist der Beschwerde keine aufschiebende Wirkung beigelegt[19]). Wird der Beschwerde stattgegeben, so werden auch die von dem Oberversicherungsamt abgeschlossenen Verträge hinfällig. Verträge, welche die Kasse mit Aerzten oder Krankenhäusern bereits geschlossen hat, bleiben nach dem Wortlaut des § 375 Satz 2 unberührt. Der Sinn dieser erst von der Reichstagskommission eingefügten Bestimmung ist nicht ganz klar. Es ergeben sich Zweifel darüber, ob auch die von vornherein angestellten Aerzte bei der gemäß der Anordnung des Oberversicherungsamtes erfolgenden Neuanstellung weiterhin an den Vertrag gebunden sind oder ob lediglich die Kassen auch die alten Aerzte weiter beschäftigen müssen. Besonders bei der Bezahlung nach der Einzelleistung kann von diesen geltend gemacht werden, die Bemessung des Honorars sei im Hinblick auf die Zahl der Kassenmitglieder erfolgt, die Zulassung weiterer Aerzte könne demnach einen Honorarausfall zur Folge haben, da die beim Abschluß der ursprünglichen Vertragsverhandlungen zugrunde gelegte Zahl der Kassenmitglieder durch die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der neuangestellten Aerzte für die alten Aerzte herabgesetzt sei. Dieser Umstand sei als ein „wichtiger Grund" im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches anzusehen, welche gegenüber der Kasse ein Kündigungsrecht gebe. Bei den Zweifeln, die sich in dieser Hinsicht ergeben, wird es sich empfehlen, schon beim Abschluß von Verträgen zwischen Kassen und Aerzten auf die Möglichkeit eines Eingreifens des Oberversicherungsamtes auf Grund der §§ 372, 373 Rücksicht zu nehmen und die sich hieraus ergebende Stellung der nach dem früheren Vertrage Berechtigten vertraglich festzulegen.

Von der Verpflichtung der Kassen zur Gewährung ärztlicher Hilfe in natura sieht das Gesetz eine Ausnahme im

---

[18]) § 373 Abs. II.

[19]) § 130; Begründung Seite 219.

Falle des Kassennotstandes vor. Kann nämlich die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Aerzten schließen oder „halten die Aerzte den Vertrag nicht ein", so kann die Kasse, falls hierdurch die ärztliche Versorgung ernstlich gefährdet wird, auf ihren Antrag von der Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes widerruflich ermächtigt werden, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrages ihres gesetzlichen Krankengeldes gewähren. Bei der Prüfung, ob die Voraussetzungen zu einer solchen Ermächtigung der Kasse gegeben sind, ist zu beachten, daß es nicht allein darauf ankommt, wenn die Kasse einen Kassenarztvertrag nur unter unbilligen Bedingungen schließen könnte, während sie nur aus Widerstreben gegen die beschränkt freie Aerztewahl, bei der ihr angemessene Bedingungen gestellt werden, von einem Vertragsschluß auf dieser Grundlage absieht. Der Absicht des Gesetzes entspricht es nicht, daß die Kasse ihren Willen nach jeder Richtung hin auch tatsächlich im einzelnen Falle durchsetzt, vielmehr muß die Kasse bei ihr unbillig erscheinenden Bedingungen zunächst einen Wechsel des Arztsystems versuchen, bevor das Oberversicherungsamt die Kasse zu einer Barabfindung ermächtigen kann.

Die Höhe der Vergütung, welche an Stelle der ärztlichen Behandlung und Versorgung mit Arznei gezahlt wird, soll sich wenigstens in gewissem Grade nach der Art der Erkrankung und dem Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit bemessen[20]), ihre Festsetzung im einzelnen Falle ist dem billigen Ermessen der Kasse überlassen.

Das Oberversicherungsamt kann auch zugleich bestimmen, daß die Kasse den Erkrankten auch dann in ein Krankenhaus verweisen darf, wenn er einen eigenen Haushalt hat oder Mitglied des Haushaltes seiner Familie ist und seine Zustimmung zur Ueberweisung nicht erteilt[21]). Für

[20]) Begründung Seite 219.

[21]) § 370 Abs. II. Nr. 4, § 184 Abs. III.

den Fall, daß auch keine Aerzte zur Verfügung stehen, welche sich zur Bescheinigung des Vorliegens der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit bereit erklären, kann das Oberversicherungsamt weiter bestimmen, wie der Zustand dessen, der die Kassenleistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden darf, daß die Kasse ihre Leistungen bis zur Erbringung eines ausreichenden Nachweises einstellen oder zurückbehalten darf und daß die Leistungspflicht der Kasse erlischt, wenn binnen einem Jahre nach Fälligkeit des Anspruches kein ausreichender Nachweis erbracht ist[22]). Lediglich der Kassenvorstand — nicht etwa auch der von diesen Maßnahmen betroffene Versicherte — hat gegen diese Beschlüsse des Oberversicherungsamtes die Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde[23]). Die Vorschrift über die Barabfindung der Versicherten im Falle eines Kassennotstandes gilt nicht für Zahnärzte, wie auch bei diesen die Vorschrift nicht Platz greift, daß die Kassen ihren Mitgliedern die Auswahl zwischen mindestens zwei Aerzten freilassen sollen, soweit es sie nicht erheblich mehr belastet.

Außer im Falle des Vorliegens eines Kassennotstandes hat das Gesetz eine Barabfindung in dem Falle vorgesehen, wenn ein Versicherter nach Eintritt des Versicherungsfalls seinen Aufenthalt im Inlande aufgibt, ohne daß die Krankenhilfe ruht[24]). Die Höhe der Abfindung muß dem Werte der Kassenleistungen entsprechen, auf die der Versicherte im Inlande nach der voraussichtlichen Dauer der Krankheit Anspruch haben würde. Für die Abfindung ist auch bei Streit das Gutachten des Arztes maßgebend, über den die Beteiligten sich einigen, sonst das des beamteten Arztes[25]). Diese Bestimmung ist von der Reichstagskommission aus dem Grunde eingefügt worden, um die aus der Gewährung der Krankenhilfe nach dem Auslande sich ergebenden Un-

[22]) § 370 Abs. II. Nr. 1—3.
[23]) § 370 Abs. III.
[24]) § 217 Abs. I.
[25]) § 217 Abs. II.

zuträglichkeiten möglichst zu vermindern[26]). Regelmäßig muß die erforderliche ärztliche Aeußerung vor dem Weggange des Berechtigten in das Ausland erfolgen, jedoch kann im Falle einer Ausweisung, welche sich nicht auf ein Strafurteil gründet, das Gutachten auch nachträglich eingeholt werden, um der Kasse die Ausübung ihres Abfindungsrechts zu ermöglichen[27]). In einem solchen Falle sind auch die Gutachten ausländischer Aerzte nicht ausgeschlossen[28]).

Wird einem Versicherten anstatt der Hausbehandlung und des Krankengeldes Krankenhauspflege gewährt, so soll ihm die Krankenkasse grundsätzlich die Auswahl unter den Krankenhäusern überlassen, welche gleich geeignet und bereit sind, die Krankenhauspflege zu gleichen Bedingungen zu übernehmen[29]). Dieses Wahlrecht des Versicherten kann jedoch durch die Satzung beschränkt werden. Diese kann nämlich den Vorstand ermächtigen, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und, wo die Krankenkasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen[30]). Der Sinn dieser nicht besonders klar gefaßten Bestimmung des Gesetzes ist der: Ist die Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhausbehandlung verpflichtet — also in den Fällen der erweiterten Krankenpflege gemäß §§ 429, 435, 437 —, so kann sie, abgesehen von dringenden Fällen, die Bezahlung anderer Krankenhäuser ablehnen. Liegt eine Verpflichtung zur Gewährung der erweiterten Krankenpflege für die Kasse nicht vor, so kann sie die Bezahlung der Krankenhauskosten auch in dringenden Fällen ablehnen[31]). Jedoch ist dem Versicherten ein Wahlrecht hinsichtlich der Krankenhäuser zugestanden, welche lediglich zu wohltätigen oder gemeinnützigen

---

[26]) Komm.-Ber. 2. Teil, Seite 110.
[27]) Komm.-Ber. Seite 113.
[28]) Komm.-Ber. Seite 111.
[29]) § 184 Abs. IV.
[30]) § 371 Abs. I.
[31]) Komm.-Ber. 2. Teil 338.

Zwecken bestimmt oder von öffentlichen Verbänden oder Körperschaften errichtet und welche bereit sind, die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen zu leisten wie die von dem Vorstand bezeichneten Privatkrankenhäuser. Nur aus einem wichtigen Grunde mit Zustimmung des Oberversicherungsamtes darf die Inanspruchnahme solcher öffentlicher gemeinnütziger Krankenhäuser ausgeschlossen werden[32]).

§ 11. Das Verhältnis der Krankenkassen zu Apothekern und Arzneimittelhändlern.

Während, wie dargelegt, innerhalb der gesetzgebenden Faktoren eine Einigung über die Anerkennung der freien Aerztewahl als gesetzliche Regel nicht erzielt wurde, hat man bei der Arzneiversorgung die beschränkt freie Apothekenwahl zugelassen. Damit wollte man dem einzelnen Apotheker einen Schutz dagegen gewähren, daß er von dem Vertrieb der Arznei bei einem großen Teil der Bevölkerung ausgeschaltet werden könnte, wie es unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes häufig der Fall gewesen war.

Die Satzung kann nämlich den Vorstand ermächtigen, wegen Lieferung der Arznei mit einzelnen Apothekenbesitzern oder -Verwaltern oder, soweit es sich um die dem freien Verkehr überlassene Arzneimittel handelt, auch mit anderen Personen, die solche feilhalten, Vorzugsbedingungen zu vereinbaren[1]). Solchen Vereinbarungen können alle Apothekenbesitzer und -Verwalter — nicht etwa auch andere Arzneimittelhändler — beitreten. Gegenüber einem Antrage, auch den Arzneimittelhändlern hinsichtlich der im Verkehr freigegebenen Mittel ein solches Beitrittsrecht zu geben, wurde geltend gemacht, es müsse der Auswahl der Kasse überlassen bleiben, bei welchen Arzneimittel

[32]) § 371 Abs. II.
[1]) § 375 Satz 1.

händlern sie die nötige Garantie für die Güte ihrer Waren als gegeben ansehen wolle, dem entspreche auch weiter das Recht, einen Teil der Arzneimittelhändler von der Lieferung auszuschließen[2]).

Den Apothekenbesitzern und -Verwaltern steht daher auch das Recht zu, in die von der Kasse mit anderen Lieferanten vereinbarten Bedingungen Einsicht zu nehmen. Sind solche Vereinbarungen getroffen, so kann der Vorstand — abgesehen von dringenden Fällen — die Bezahlung der von anderer Seite gelieferten Arznei ablehnen. Nach dem Krankenversicherungsgesetz bestanden Zweifel darüber, ob die von einem zu Unrecht in Anspruch genommenen Arzt verordnete Arznei von der Kasse bezahlt werden müsse[3]). Nach dem Wortlaut der §§ 6 a, 26 a des Krankenversicherungsgesetzes, „die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten kann abgelehnt werden", läßt sich allerdings die Auffassung vertreten, daß auch die Kosten für die Arznei, als mittelbar durch die Inanspruchnahme eines anderen Arztes entstanden, abgelehnt werden können. Die Reichsversicherungsordnung spricht jedoch in § 368 nur von der Ablehnung der Bezahlung anderer Ärzte und in § 375 von der Ablehnung der Bezahlung der von anderer Seite gelieferten Arznei. Aus diesem Wortlaut wird man zu folgern haben, daß die von einem zu Unrecht in Anspruch genommenen Arzt verordnete, jedoch von einem zur Lieferung berechtigten Apotheker oder Arzneimittelhändler bezogene Arznei auch von der Kasse bezahlt werden muß, sofern Angemessenheit und Notwendigkeit dargetan sind.

Grundsätzlich kann die Kasse solche Verträge über Vorzugsbedingungen sowohl mit Lieferanten innerhalb wie außerhalb des Kassenbereiches abschließen. Das Recht des

---

[2]) Komm.-Ber. 2. Teil, Seite 347.

[3]) Vergl. Entsch. des Badischen Verwaltungsgerichtshofs vom 5. Juli 1894, Arbeiterversorgung 1895, Seite 78; und vom 23. April 1901, Zeitschrift für badische Verwaltung Bd. 33, S. 155.

Vorstandes, abgesehen von dringenden Fällen, die Bezahlung der von anderer Seite gelieferten Arzneimittel abzulehnen, ist jedoch in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Sobald nämlich die Kasse außerhalb des Kassenbereiches solche Verträge abschließt, ist ihr diese Befugnis nur mit Genehmigung des Versicherungsamtes gegeben[4]). Nach der Erklärung eines Kommissars des Bundesrates im Reichstag[5]) ist die Folge dieser Bestimmung, daß eine Kasse ohne weiteres berechtigt ist, gewisse Artikel — wie z. B. Verbandstoffe — von auswärts zu beziehen und unentgeltlich an ihre Mitglieder abzugeben. Wenn jedoch ein Mitglied zu den von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzten Normal- bzw. Rabattpreisen eine solche Ware von anderen Apothekern innerhalb des Kassenbezirks bezöge, und zwar selbst zu höheren Preisen als die Kasse an die auswärtigen Großhändler gezahlt habe, so würde diese nicht berechtigt sein, die Bezahlung dieser Lieferung abzulehnen.

Genügt die von einer Kasse gewährte Arzneiversorgung nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten, so kann das Oberversicherungsamt nach Anhören der Kasse die Arzneiversorgung auch noch durch andere Apotheken anordnen und im Notfalle die Anordnung selbst dann durchführen, wenn die Gewährung der gleichen Vorzugsbedingungen seitens der nicht im Vertragsverhältnis stehenden Apothekenbesitzer abgelehnt wird[6]). Eine angemessene Arzneiversorgung erfordert, daß die Kassenmitglieder die Arzneimittel nicht bloß an einer Stelle, sondern in mäßiger Entfernung von ihrer Wohnung beziehen können; den berechtigten Anforderungen der Kassenmitglieder ist erst dann genügt, wenn entsprechend dem örtlichen Bereiche der Kasse verschiedene Stellen für die Entnahme der Arzneimittel vorgesehen sind[7]).

---

[4]) § 375 Satz 1.
[5]) Sten. Ber. Seite 7260, 7261.
[6]) § 375 Abs. II.; §§ 372, 373.
[7]) Komm.-Ber. 2. Teil, Seite 349.

Unabhängig von etwaigen vertraglichen Vereinbarungen besteht die Verpflichtung der Apotheken, den Krankenkassen für die Arzneien einen Abschlag von den Preisen der Arzneitaxen zu gewähren. Die Höhe des Rabatts wird von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmt, die jedoch gemäß § 110 ihre Befugnis auf andere Behörden übertragen kann. Dem Sinne des Gesetzes entspricht nicht ein absolut gleicher, sondern ein den jeweiligen Verhältnissen angepaßter Rabatt, der insbesondere nach der Höhe des Umsatzes der einzelnen Apotheken mit den Krankenkassen abzustufen ist[8]). Im übrigen kann die Gewährung des Rabatts überhaupt davon abhängig gemacht werden, daß die Kasse mindestens zu einem bestimmten Betrage aus einer einzelnen Apotheke bezieht.

Für diejenigen einfachen Arzneimittel, welche an Privatpersonen ohne ärztliche Verschreibung abgegeben zu werden pflegen, setzt die höhere Verwaltungsbehörde die Höchstpreise unter Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse und die im Handverkauf üblichen Preise fest[9]). Diese Bestimmung ist um deswillen getroffen, weil bei den Kassenpatienten viele Heilmittel, die sonst im Wege des Handverkaufs abgegeben werden, in Rezeptform verschrieben werden, um ihnen gegenüber der Kasse einen Ausweis zu sichern. Bei dieser Praxis waren die Kassen gegenüber privaten Beziehern insofern benachteiligt, als der Bezugspreis der im Wege des Handverkaufs abgegebenen Mittel niedriger bemessen wird, als wenn das Arzneimittel auf ärztliche Verschreibung bezogen wird. Maßgebend für den Kreis der unter § 376 Abs. II fallenden einfachen Arzneimittel ist die Art der Abgabe im Verkehr mit dem Publikum im allgemeinen; gegenüber der von der höheren Verwaltungsbehörde unter Rücksicht auf den Ortsgebrauch getroffenen Bestimmung der Handverkaufsartikel und ihrer Höchstpreise kann sich der einzelne Apotheker nicht darauf berufen, er pflege diese Mittel zum

---

[8]) § 376 Abs. I: Komm.-Ber. Seite 344.

[9]) § 376 Abs. II.

Teil oder sämtlich auch dem übrigen Publikum nur gegen ärztliche Verschreibung abzugeben[10]).

Ausgehend von dem Standpunkt, daß die Arzneiversorgung in erster Linie den Apotheken zustehe, hat das Gesetz weiter der obersten Verwaltungsbehörde die Ermächtigung vorbehalten, eine Anordnung dahin zu erlassen, daß die Kasse, welche mit Arzneimittelhändlern niedrigere als die von der höheren Verwaltungsbehörde für die Handverkaufsmittel festgesetzten Preise vereinbart hat, die Bezahlung solcher aus einer Apotheke zum festgesetzten Preise bezogenen Arzneimittel nicht ablehnen darf. Von dieser zum Schutz der kleinen Landapotheken getroffenen Bestimmung haben die höheren Verwaltungsbehörden nach Maßgabe der örtlichen Verhältnisse Gebrauch zu machen; für großstädtische Verhältnisse wird vom Erlaß einer derartigen Anordnung im allgemeinen abzusehen sein[11]).

§ 12. Einwirkung der Vereinigung, Auflösung und Schließung von Kassen auf die von ihnen abgeschlossenen Verträge.

1. Bei der Vereinigung von Kassen[1]) gilt in erster Linie der Grundsatz, daß die Rechte und Pflichten der aufgenommenen Kasse auf die aufnehmende übergehen[2]). Von diesem Grundsatze wollte der Entwurf insofern eine Ausnahme machen, als er für den Fall, daß keine Auseinandersetzung der Kasse mit ihren Vertragsärzten zu erzielen war, lediglich ein beiderseitiges gesetzliches Kündigungsrecht mit dreimonatlicher Frist zugestehen wollte. Obgleich von einem Vertreter der Verbündeten Regierungen für diese Regelung geltend gemacht wurde, sie fände nur auf Verträge Anwendung, die nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungs-

---

[10]) Komm.-Ber. Seite 350.
[11]) § 376 Abs. III; Komm.-Ber. Seite 351.
[1]) §§ 264, 265, 270, 276, 281, 282.
[2]) § 288.

ordnung geschlossen und daher von vornherein ihren Vorschriften unterstellt seien, lehnte die Reichstagskommission die in dieser Regelung liegende Durchbrechung der allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Grundsätze über die Entschädigungspflicht ab und fügte die Bestimmung ein, welche die aufnehmende Kasse zur Zahlung einer Entschädigung verpflichtet, falls sie die von der aufgenommenen Kasse abgeschlossenen Verträge nicht einhalten will[3]).

Im einzelnen ist folgendes Verfahren vorgeschrieben: Der Vorstand der aufzunehmenden Kasse hat den Beschluß des Oberversicherungsamtes, welcher den Tag festsetzt, mit dem die Vereinigung in Kraft tritt, den Aerzten und den Zahnärzten, zu denen die Kasse in einem Vertragsverhältnis steht, unverzüglich mitzuteilen. Auf diese Mitteilung kann sich darauf der Arzt oder Zahnarzt binnen 14 Tagen der aufnehmenden Kasse gegenüber bereit erklären, für sie tätig zu werden, und zwar entweder unter den Bedingungen, die er mit der aufgenommenen Kasse vereinbart hatte oder unter den Bedingungen der aufnehmenden Kasse mit ihren Aerzten und Zahnärzten. Die aufnehmende Kasse kann also die Aerzte nicht zwingen, nach den Bedingungen ihrer Verträge mit der aufzunehmenden Kasse bei ihr tätig zu werden, wenn sie selbst ihren Vertragsärzten bessere Bedingungen bietet. Nimmt die aufnehmende Kasse den Antrag des Arztes nicht unverzüglich an, so hat sie ihn zu entschädigen.

Geht auf die Mitteilung der Kasse von der Aufnahme binnen 14 Tagen keine Erklärung seitens des Arztes ein, so kann von diesem Zeitpunkte ab das Vertragsverhältnis von beiden Seiten mit dreimonatlicher Frist[4], frühestens jedoch zu dem Tage der Aufnahme, gekündigt werden; ein vertragsmäßiges Recht, welches die Kündigung zu einem früheren Zeitpunkte gestattet, wird jedoch durch diese Bestimmung nicht berührt[5]).

---

[3]) Komm.-Ber. 2. Teil, Seite 304; § 304 des Entwurfs.

[4]) Ueber die Berechnung der Frist vergl. §§ 124—127.

[5]) § 291 Abs. I.

Für Vertragsverhältnisse der Kasse mit Apothekenbesitzern und -Verwaltern, Heilanstalten aller Art sowie dem niederen Heilpersonal gelten diese Vorschriften über die Uebernahme und Entschädigung entsprechend[6]).

2. Eine abweichende Regelung bezüglich der bestehenden Vertragsverhältnisse ist für die Fälle der Auflösung und Schließung von Kassen getroffen[7]). Der Vorstand der Kasse, die aufgelöst oder geschlossen wird, hat den Beschluß des Oberversicherungsamtes, durch welchen der Tag des Inkrafttretens der Aenderung festgesetzt wird, den Aerzten und Zahnärzten, mit denen die Kasse in einem Vertragsverhältnis steht, unverzüglich mitzuteilen. In der Mitteilung ist darauf hinzuweisen, daß das Vertragsverhältnis drei Monate nach deren Empfang endet, jedoch frühestens mit dem Tage der Auflösung oder Schließung; vertragsmäßige Rechte, zu einem früheren Zeitpunkte zu kündigen, werden jedoch durch diese Vorschrift nicht berührt[8]).

Für Vertragsverhältnisse der Kasse mit Apothekenbesitzern und -Verwaltern, Heilanstalten aller Art und dem niederen Heilpersonal gelten diese Vorschriften über die Kündigung entsprechend[9]). Eine Entschädigung nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts kommt also bei der Auflösung und Schließung von Kassen nicht in Frage. Auch ein Beschwerderecht gegen den Beschluß des Oberversicherungsamtes, der den Tag der Aenderung bestimmt, steht den Aerzten nicht zu, da sie nicht als „Beteiligte" im Sinne der §§ 284, 297 anzusehen sind[10]). Sie können daher etwaige Ansprüche an die Kasse nur im Wege des ordentlichen Rechtsweges geltend machen[11]).

---

[6]) § 291 Abs. II.

[7]) §§ 266, 267, 269, 272, 273, 274, 278, 279.

[8]) § 302 Abs. I.

[9]) § 302 Abs. II.

[10]) Vergl. Begründung zu §§ 297, 295 des Entwurfs, S. 186.

[11]) Begründung Seite 192.

3. Für Ansprüche gegen die aufgelöste oder geschlossene Kasse — mit Ausnahme von Ansprüchen aus der Versicherung — gilt eine kurze Verjährung von drei Monaten. Hierauf ist in öffentlicher Bekanntmachung, welche der Vorstand über die Auflösung oder Schließung zu erlassen hat, hinzuweisen. Bekannte Gläubiger sind zur Anmeldung ihrer Ansprüche ebenfalls unter dem Hinweis aufzufordern, daß die Befriedigung verweigert werden kann, wenn die Anmeldung binnen dreier Monate nicht erfolgt ist[12]). Hat ein Kassenverband einen Vertrag abgeschlossen (§ 407 Ziff. 2), so haftet eine aus dem Verbande ausscheidende Kasse für die zur Zeit des Ausscheidens bestehenden Verbindlichkeiten des Kassenverbandes wie ein Gesamtschuldner. Sofern nicht der Anspruch gegen den Kassenverband einer kürzeren Verjährung unterliegt, verjähren die Ansprüche gegen die ausscheidende Kasse aus diesen Verbindlichkeiten in zwei Jahren nach dem Ausscheiden; wird der Anspruch gegen den Kassenverband erst nach dem Ausscheiden fällig, so beginnt die Verjährung erst mit dem Zeitpunkt der Fälligkeit[13]).

4. Im übrigen greifen für die Verjährung von Ansprüchen aus ärztlicher Behandlung und Arzneilieferung an Kassenmitglieder die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches Platz. Nicht anwendbar erscheint für solche Ansprüche die Vorschrift des § 223 der Reichsversicherungsordnung, wonach Ansprüche auf Kassenleistungen in zwei Jahren nach dem Tage der Entstehung verjähren: hier handelt es sich nämlich nur um Ansprüche auf Regel- und Mehrleistungen sowie um Ansprüche der Versicherungsträger gegen einander und gegen andere Verpflichtete nach den Vorschriften des fünften Buches (§§ 1501–1544)[14]).

Nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches verjähren also Ansprüche von Aerzten und Apothekern erst mit Ablauf von zwei Jahren nach dem Schluß des Jahres,

---

[12]) § 301 Abs. I.

[13]) § 411 Abs. III.

[14]) Vergl. v. Frankenberg: Anm. 2 zu § 223.

in welchem der Anspruch entstanden ist, und nicht bereits, wie nach § 223 der Reichsversicherungsordnung, in zwei Jahren nach dem Tage der Entstehung.

§ 13. Die Einwirkung der Reichsversicherungsordnung auf Verträge, welche von den Kassen vor ihrem Inkrafttreten abgeschlossen sind.

1. Hinsichtlich der Vertragsverhältnisse, welche zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bestehen, ist durch Artikel 41 des Einführungsgesetzes der Endpunkt auf zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung festgesetzt worden, insofern die Verträge der Anwendung des § 181 Abs. V oder des § 371 Abs. II des Gesetzes entgegenstehen. Durch diese Bestimmung soll verhindert werden, daß das den Versicherten in gewissen Grenzen eingeräumte Wahlrecht hinsichtlich des Krankenhauses in seiner praktischen Wirksamkeit nicht durch Verträge auf beliebige Zeit hinausgeschoben werden kann[1]).

2. Eine ähnliche Bestimmung hatte der Entwurf des Einführungsgesetzes auch für Verträge zwischen Kassen und Aerzten vorgesehen, welche fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung enden sollten. Diese Bestimmung ist jedoch vom Reichstage nicht angenommen worden[2]).

Es fragt sich, welchen Einfluß die Erhöhung der Einkommensgrenze von 2000 auf 2500 M. und die Einbeziehung neuer Personenkreise in die Zwangsversicherung auf die bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes abgeschlossenen Verträge hat. Ueberwiegend herrscht in der Literatur die Ansicht vor, daß die Aerzte nicht verpflichtet sind, die neu hinzugekommenen Mitglieder nach Maßgabe der bestehenden Verträge zu behandeln, und daß die Aerzte, wenn

---

[1]) Begründung zum Entwurf EG., Seite 33, 34.

[2]) Artikel 33 des Entwurfs zum Einführungsgesetz; Sten. Ber. Seite 7319.

sie die Behandlung der neu hinzugekommenen Personenklassen übernehmen wollen, hierfür Vergütung nach den Mindestsätzen der Gebührenordnungen verlangen können[3]). Streit besteht jedoch darüber, inwieweit eine Verpflichtung der Krankenkasse anzunehmen ist, den Aerzten diejenigen Mitglieder kenntlich zu machen, welche mehr als 2000 M. Einkommen beziehen und infolge der Reichsversicherungsordnung neu als versicherungspflichtig eintreten mußten. Joachim/Korn halten die Kassen für verpflichtet, einem Ersuchen der Aerzte um Differenzierung der Mitglieder nach ihrem Einkommen stattzugeben, und sehen die Verweigerung als „wichtigen Grund" an, der nach den Grundsätzen des bürgerlichen Rechts die Aerzte zur Kündigung berechtige[4]). Gegen diese Meinung ist einzuwenden, daß die höchste Lohnklasse von sechs Mark, welche die Reichsversicherungsordnung im § 180 vorsieht, die Einkommensgrenze von 2000 M. nicht erkennen läßt, da sie die Einkommen von 1800—2500 M. umfaßt. Zudem erscheint zweifelhaft, ob die Kassen für berechtigt angesehen werden können, ohne Zustimmung der Versicherten Mitteilungen über das Einkommen zu machen.

Eine Verpflichtung der Kassen, den Aerzten ihre Mitglieder nach der Einkommenshöhe kenntlich zu machen, wird man daher nicht annehmen können, vielmehr bei der Entscheidung dieser Frage von folgenden Erwägungen auszugehen haben: Das Vertragsverhältnis zwischen der Kasse und den Aerzten, welche die Behandlung der Kassenmitglieder übernehmen, stellt sich an sich als Dienstvertrag dar, gewährt jedoch auch dem Versicherten ein unmittelbares Recht dem Arzt gegenüber nach den Grundsätzen der Verträge zugunsten Dritter. Es ist daher Sache des Versicherten, dem Arzte nachzuweisen, daß er auf Grund des zwischen diesem und der Kasse abgeschlossenen Dienst-

[3]) Vergl. Ebermeyer: Deutsche Med. Wochenschrift 1911, Seite 2142; Hahn: Arbeiterversorgung 1911, Seite 615; Fuld: Das Recht 1911, Seite 441.

[4]) Deutsches Aerzterecht, Seite 843.

vertrages zur Empfangnahme der ärztlichen Leistung berechtigt ist. Gehört er also der Lohnklasse von sechs Mark an, so kann der Arzt eine nähere Angabe über die Höhe seines Einkommens verlangen; bei den Patienten, welche ein Einkommen über 2000 M. haben und demgemäß ursprünglich beim Vertragsschluß nicht mit einbezogen waren, kann dann für die ärztliche Behandlung Vergütung nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung verlangt werden[5]). Andererseits haben die Aerzte auch kein Recht darauf, daß ihnen die Behandlung der neu in die Versicherung einbezogenen Personenkreise übertragen wird, es ist den Kassen unbenommen, in bezug auf diese Versicherten besondere Verträge mit anderen Aerzten abzuschließen. Im übrigen sind die bestehenden Verträge ohne Einfluß auf den Inhalt der Leistungspflicht der Krankenkassen; diese haben ohne Rücksicht auf solche Verträge die der Reichsversicherung entsprechende ärztliche und Arzneiversorgung zu gewähren[6]).

§ 14. Mitwirkung der Aerzte im Feststellungsverfahren.

In dem im sechsten Buch der Reichsversicherungsordnung geregelten Verfahren zwecks Feststellung der Leistungen der Versicherungsträger (§§ 1545—1734) ist die Mitwirkung der Aerzte in weitem Umfange vorgesehen, und zwar sowohl bei der Feststellung durch die Versicherungsträger wie auch bei der Feststellung im Spruchverfahren.

Bildet doch das ärztliche Gutachten für die Beantwortung der Fragen, ob Krankheit — allein oder in Verbindung mit Arbeitsunfähigkeit (§ 182) —, ob und in welchem Grade Erwerbsunfähigkeit (§ 558) oder Invalidität (§ 1255) vorliegen, einen wesentlichen Stützpunkt für die Bemessung der den Versicherungsträgern gegenüber den Versicherten obliegenden Leistungen, wenngleich auch das Gutachten über

[5]) §§ 611, 612 BGB.

[6]) Komm.-Ber. zu Artikel 33 des Einführungsgesetzes, S. 34.

deren Höhe nicht allein entscheidet, sondern in jedem einzelnen Falle die Nachprüfung der Feststellungsbehörde zu erfolgen hat, um so mehr, als neben medizinischen Fragen auch solche wirtschaftlicher und rechtlicher Natur für die Entscheidung in Betracht kommen.

Ueber die Bedeutung, welche dem ärztlichen Gutachten bei der Entscheidung beizumessen ist, führt das Reichsversicherungsamt in einem Rundschreiben vom 31. Dezember 1901[1]) folgendes aus: „Die Aufgabe der ärztlichen Begutachtung findet im allgemeinen ihre Begrenzung in der Feststellung der physiologischen Folgen des Unfalls oder der eine Invalidität begründenden Gebrechen; die sonstigen ärztlichen Aeußerungen, insbesondere darüber, welchen Einfluß der Befund auf die Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers ausübt, bieten den in ihrer Entscheidung selbständigen Feststellungsinstanzen zwar wertvolle und bei inneren Krankheiten sogar oft unentbehrliche, aber keineswegs bindende Unterlagen für die Urteilsfindung. Unzulässig würde es sein, wenn die Feststellungsinstanzen einfach den vom Arzt angegebenen Prozentsatz der Erwerbsunfähigkeit ihrer Entscheidung zugrunde legten, ohne die Frage nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit selbst geprüft zu haben."

Der Arzt hat anzugeben, woran der Versicherte leidet und wiefern er durch sein Leiden an dem freien Gebrauch seiner körperlichen und geistigen Kräfte behindert wird. Die weitere Frage, ob daraus die Fähigkeit zu einem bestimmten Arbeitsverdienste folgt, ist nicht mehr medizinisch[2]). Für den Inhalt der ärztlichen Gutachten folgt hieraus, daß sie die subjektiven Beschwerden, den objektiven Befund und die ärztliche Beurteilung auseinanderhalten müssen[3])[4]).

---

[1]) Amtl. Nachrichten 1902, Seite 178.

[2]) Amtl. Nachrichten 1905, Seite 413.

[3]) Amtl. Nachrichten 1905, Seite 286.

[4]) Ueber die Beweiswürdigung gegenüber ärztlichen Gutachten vergl. Amtl. Nachrichten 1899, Seite 449, 1901, Seite 404, 1909, Seite 495 ff., 1910, Seite 429.

Die in § 137 für alle bei den Versicherungsträgern und Versicherungsbehörden erforderlichen Verhandlungen und Urkunden vorgesehene Gebühren- und Stempelfreiheit gilt auch für die ärztlichen Gutachten. Sofern für die von den beamteten Aerzten ausgestellten Gutachten nach den Landesgesetzen die Verwendung von Stempelpapier vorgeschrieben ist, gilt diese Bestimmung durch die Vorschrift des § 137 als beseitigt[5]).

I. Feststellung durch die Versicherungsträger.

Während im Spruchverfahren nur streitige Ansprüche zur Erledigung kommen, beziehen sich die Vorschriften über die Feststellung durch die Versicherungsträger sowohl auf streitige wie auf unstreitige Ansprüche. Ueber beide Arten von Ansprüchen ist in der Form eines Feststellungsbescheides zu entscheiden[6]) [7]).

1. Während die Feststellung der Leistungen aus der Kranken- und Invalidenversicherung nur auf Antrag des Versicherten erfolgt (§§ 1545, 1551, 1613), hat die Feststellung auf dem Gebiete der Unfallversicherung von Amts wegen zu geschehen. Diese Verpflichtung zur Feststellung von Amts wegen hat zur Folge, daß die Berufsgenossenschaft die erforderlichen Urkunden, insbesondere die ärztlichen Gutachten, selbst zu beschaffen und die dadurch entstehenden Kosten allein zu tragen hat[8]). Gleichmäßig für alle drei Zweige der Versicherung gilt als Grundsatz, das Verfahren möglichst zu beschleunigen. Insbesondere liegt es sowohl im Interesse des durch Unfall Verletzten wie auch der Berufsgenossenschaft, daß sofort nach dem Unfall alles ge-

[5]) Amtl. Nachrichten 1886, Seite 73, Ziff. 152.

[6]) Für das Feststellungsverfahren in Sachen der Seeunfallversicherung gelten die besonderen Vorschriften der §§ 1745—1770.

[7]) Ueber die Feststellung nach den Unfallversicherungsgesetzen vergl. Piloty: Das Reichsunfallversicherungsrecht, Seite 586 ff.

[8]) Handbuch der Unfallversicherung I, Seite 481.

schicht, um dem Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit über die dreizehnte Woche hinaus möglichst vorzubeugen oder doch wenigstens auf die Herabminderung der Unfallfolgen bedacht zu sein[9]).

a) Das Gesetz hat daher sowohl dem Betriebsunternehmer (§ 1552) wie auch der Krankenkasse (§ 1512) die Pflicht zur Anzeige eines Unfalls an die Berufsgenossenschaft bei Vermeidung von Ordnungsstrafen auferlegt (§§ 1512 Abs. 3 u. 1556 Abs. 1).

Hat nämlich die Krankenkasse bei einer durch einen entschädigungspflichtigen Unfall herbeigeführten Erkrankung genügenden Anhalt dafür gewonnen, daß die Erwerbsunfähigkeit über die dreizehnte Woche hinaus beschränkt sein wird, so obliegt ihr die Pflicht zur Anzeige binnen dreier Tage; gewinnt die Krankenkasse diesen Anhalt nicht, ist jedoch der Erkrankte nach Ablauf von drei Wochen nach dem Unfall noch nicht wiederhergestellt, so ist dennoch die Anzeige längstens bis zum Ablauf der vierten Woche zu erstatten. Sache der Kasse ist es also, daß sie hierüber eine Prüfung vornimmt und daß sie durch ihren Arzt die Unterlagen hierfür verschafft[10]). Der Betriebsunternehmer hat jeden Unfall in seinem Betriebe binnen dreier Tage nach erlangter Kenntnis anzuzeigen, wenn durch den Unfall ein im Betriebe Beschäftigter getötet oder so verletzt ist, daß er stirbt oder für mehr als drei Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig wird[11]).

b) Bei der ersten Feststellung des Sachverhaltes durch die Ortspolizeibehörde können von dieser Ermittlungen

---

[9]) Vergl. Schwanck: Reform des Heilverfahrens, Arbeiterversorgung 1911, Seite 36 und 51 ff.

[10]) Begründung Seite 456.

[11]) In Ausgestaltung der allgemeinen Vorschrift im § 144 Gew.-Unf.-Vers.-Ges. (§ 154 Abs. I Landw.-Unf.-Vers.-Ges., § 45 Abs. II, Bauunf.-Vers.-Ges., § 141 Abs. I; Seeunf.-Vers.-Ges.), wonach die öffentlichen Behörden verpflichtet sind, den Organen der Versicherungsträger auch unaufgefordert alles mitzuteilen, was für deren Geschäftsführung wichtig ist, hat das Versicherungs-

jeder Art angestellt, insbesondere auch ärztliche Sachverständige gehört werden. Die Kosten, welche durch die Hinzuziehung eines Sachverständigen entstehen, fallen der Polizeibehörde zur Last, wie alle übrigen Kosten, die dieser Behörde durch Amtshandlungen erwachsen, welche ihr von den Gesetzen übertragen sind[12]).

Macht die Polizeibehörde von ihrer Befugnis, einen Sachverständigen zuzuziehen, keinen Gebrauch, so können sowohl die Träger der Unfall- und Krankenversicherung wie der Berechtigte die Zuziehung beantragen. Im Gegensatz zu § 65 Gew.-Unf.-Vers.-Ges., wonach nur der Berufsgenossenschaft die Befugnis zustand, ist durch diese Vorschrift des § 1564 Abs. II volle Parität zwischen den beteiligten Parteien (Versicherungsträgern und Berechtigten) gewahrt. Als Berechtigte gelten auch für den Fall, daß der Verletzte an den Folgen des Unfalls stirbt, seine Hinterbliebenen, die den Anspruch auf Rente geltend machen[13]). Nach dem Wortlaut des Gesetzes, „es sollen Sachverständige zugezogen werden", kann zweifelhaft sein, ob es sich um eine Ordnungsvorschrift oder eine zwingende Norm handelt. Die Entstehungsgeschichte der Vorschrift spricht jedoch für die Annahme einer Zwangsvorschrift. Der § 1549 des Entwurfs wollte nämlich der Ortspolizeibehörde — neben der ihr bereits durch § 1564 auferlegten Pflicht zur Anstellung von Ermittlungen — noch ausdrücklich die Pflicht auferlegen, ein ärztliches Gutachten einzuholen. Diese Vorschrift wurde in der Reichstagskommission gestrichen, weil mit der Vorschrift des — dem § 1564 RVO.

---

amt den Versicherungsträger zu benachrichtigen, wenn es erfährt, daß eine Uebernahme des Heilverfahrens durch den Versicherungsträger vor Ablauf der Wartezeit (§ 580) oder eine Uebertragung des Heilverfahrens durch den Versicherungsträger auf die Krankenkasse nach Ablauf der Wartezeit angezeigt, eine Unfallrente wegen Aenderung der Verhältnisse neu festzustellen oder zu entziehen ist, eine Rente zu ruhen hat (§§ 1550, 1612).

[12]) Vergl. Handbuch der Unfallversicherung I, Seite 466.

[13]) Komm.-Ber. 6. Buch, Seite 42.

entsprechenden — § 1547 des Entwurfs schon die Möglichkeit einer jedesmaligen Hinzuziehung eines Sachverständigen ausgedrückt sei[14]).

Wenn jedoch die Zuziehung erst auf Antrag des Berechtigten und nicht schon auf Grund des freien Ermessens der Polizeibehörde erfolgt, so hat der Antragsteller die Kosten zu tragen. Ob ein „Antrag" oder nur eine „Anregung" auf Zuziehung eines Sachverständigen vorliegt, kann leicht zu Zweifeln führen; das Reichsversicherungsamt empfiehlt im Einzelfalle eine klare Ausdrucksweise[15]). Bezüglich der Höhe der einem ärztlichen Sachverständigen zu erstattenden Gebühren ist zu beachten, daß die Berufsgenossenschaften — wie auch die Versicherungsanstalten — nicht zu den Arbeiterkrankenkassen zu rechnen sind, welche nach § 2 der Preußischen Gebührenordnung vom 15. Mai 1896[16]) das Privileg der Mindestsätze genießen[17]).

c) Hält die Berufsgenossenschaft nach Abschluß der Ermittlungen der Polizeibehörde die Sache noch nicht für genügend aufgeklärt, so kann sie entweder selbst weitere Ermittlungen anstellen oder das Versicherungsamt um deren Vornahme ersuchen; wenngleich gemäß § 115 RVO. die Hilfe jeder öffentlichen Behörde in Anspruch genommen werden kann, so soll doch die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen in erster Linie durch Ersuchen des Versicherungsamtes und nur in Ausnahmefällen des Amtsgerichts erfolgen[18]). Um eidliche Vernehmung eines

[14]) Komm.-Ber. 6. Buch, Seite 43.

[15]) Amtl. Nachrichten 1887, Seite 336.

[16]) § 2: Die niedrigsten Sätze gelangen zur Anwendung, wenn nachweisbar Unbemittelte oder Armenverbände die Verpflichteten sind. Sie finden ferner Anwendung, wenn die Zahlung aus Staatsfonds, aus den Mitteln einer milden Stiftung, einer Knappschafts- oder Arbeiterkrankenkasse zu leisten ist, soweit nicht besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Behandlung oder das Maß des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen.

[17]) Erlaß des Preuß. Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 16. Februar 1904, Med. Min.-Blatt 1904, Seite 80.

[18]) § 1571 Abs. II RVO.

Zeugen oder Sachverständigen darf jedoch der Versicherungsträger nur ersuchen, wenn er die Vereidigung für notwendig hält, um eine wahre Aussage herbeizuführen[19]). Ein Recht zur Nachprüfung der Zweckmäßigkeit der verlangten Vernehmung oder Notwendigkeit der Vereidigung steht jedoch weder dem Amtsgericht noch dem Versicherungsamte zu.

Ueber die Pflicht, als Zeuge oder Sachverständiger zu erscheinen, sich vernehmen und vereidigen zu lassen, gelten für das Verfahren vor dem ersuchten Richter die Vorschriften der Zivilprozeßordnung entsprechend[20]). Zu beachten ist hierbei, daß der als Zeuge geladene Arzt ein Zeugnisverweigerungsrecht nach Maßgabe des § 383 Ziffer 5 ZPO. hat, da seine Verpflichtung zur Verschwiegenheit nicht auf einer Vorschrift der Reichsversicherungsordnung, sondern auf § 300 des Reichsstrafgesetzbuches beruht[21]). Während der Entwurf die Entscheidung über die Berechtigung zur Verweigerung der Aussage oder der Eidesleistung auch in den Fällen, wo das Amtsgericht ersucht war, dem Versicherungsamt übertragen wollte, unterliegt nach der Fassung der Reichstagskommission bei den an das Amtsgericht gerichteten Ersuchen die Entscheidung über die Berechtigung auch dem ersuchten Richter. Diese Regelung kann zu einer verschiedenartigen Bemessung der Bestrafung von Zeugen und Sachverständigen im Falle des Ausbleibens oder der Verweigerung der Aussage oder der Eidesleistung führen. Denn während nach § 1577 der RVO. das Versicherungsamt nur eine einmalige Geldstrafe bis zu 300 M. verhängen kann, muß der ersuchte Richter auf eine Strafe und die Verpflichtung zum Ersatz der durch die Weigerung oder das Ausbleiben entstandenen Kosten erkennen. Auch bezüglich der Strafhöhe ergeben sich bei der Vernehmung vor dem Amtsgericht insofern Verschieden-

---

[19]) § 1571 Abs. III RVO.

[20]) § 1574 Abs. I RVO.

[21]) Vergl. die Ausführungen von Joachim-Korn: Das deutsche Aerzterecht Bd. 1, Seite 68 ff.

heiten, als gegen Sachverständige zunächst auf Geldstrafe bis 300 M. erkannt werden muß, und im Falle wiederholten Ungehorsams noch einmal auf Geldstrafe bis 600 M. erkannt werden kann[22]). Der ersuchte Richter kann weiter gegen Zeugen, falls die Strafe nicht beigetrieben werden kann, auf Haftstrafe bis zu sechs Wochen, sowie im Falle wiederholter Weigerung auf Haftstrafe zur Erzwingung des Zeugnisses erkennen[23]).

Diese der Berufsgenossenschaft gegebene Möglichkeit, sowohl das Amtsgericht wie auch das Versicherungsamt zu ersuchen, führt zu Zweifeln darüber, in welchem Umfange die Beschwerde gegen eine Straffestsetzung des ersuchten Richters gegeben ist. Nach § 1574 Ziffer 2 ist gegen dessen Entscheidung, ob die Aussage oder Eidesleistung verweigert werden darf, binnen einer Woche die Beschwerde an das zunächst höhere Gericht nach den Vorschriften der ZPO. gegeben. Bei einem an das Versicherungsamt gerichteten Ersuchen ist gegen dessen Straffestsetzung gleichfalls binnen einer Woche die Beschwerde an das Oberversicherungsamt gegeben[24]). Während nun § 1576 ausdrücklich bestimmt, daß die Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes endgültig über diese Beschewrde zu entscheiden hat, fehlt im § 1574 Abs. II die Bestimmung, daß die Entscheidung des zunächst höheren Gerichts endgültig ist: es wird hier lediglich auf die Vorschriften der ZPO. verwiesen. Düttmann/Appelius wollen aus dem Wortlaut „Beschwerde an das zunächst höhere Gericht" die Unzulässigkeit einer weiteren Beschwerde gemäß § 568 Ziffer 2 ZPO. herleiten[25]). Dieser Auffassung ist entgegenzuhalten, daß auch § 568 ZPO. davon spricht, daß über die Beschwerde „das im Instanzenwege zunächst höhere Gericht" entscheidet. Das weitere Argument, es sei bei dem analogen

---

[22]) § 409 ZPO.

[23]) §§ 380, 390, 400 ZPO.

[24]) § 1576 Abs. I.

[25]) Kommentar zur RVO. Anm. 4 zu § 1574.

Verfahren vor dem Versicherungsamt gegen dessen Entscheidung auch nur die Beschwerde an das Oberversicherungsamt gegeben und es liege kein Grund vor, bei dem Verfahren vor dem ersuchten Richter eine Instanz mehr zuzulassen, erscheint um so weniger zwingend, als dem Instanzenzuge der Reichsversicherungsordnung eine dem Oberlandesgericht entsprechende Behörde fehlt, und die Entlastung des Reichsversicherungsamtes für die Bestimmung, das Oberversicherungsamt endgültig entscheiden zu lassen, mit maßgebend war. Es muß also in diesem Falle die Zulässigkeit der weiteren Beschwerde nach den Vorschriften der ZPO. ebenso angenommen werden wie gegen die Entscheidung des Amtsgerichts, durch welche wegen Nichterscheinens oder Verweigerung der Aussage auf eine Strafe erkannt wird. Da die Fristbestimmung des § 1574 Abs. II, wonach die Beschwerde binnen einer Woche einzulegen ist, mangels einer besonderen Verweisung für diesen Fall nicht Platz greift, so ist eine Beschwerde gegen diese Entscheidung des ersuchten Richters an keine Frist gebunden[26]). Hingegen ist gegen die Entscheidung des Versicherungsamtes die Beschwerde auch in diesem Falle binnen einer Woche an das Oberversicherungsamt gegeben, welches endgültig entscheidet[27]).

Die Zeugen und Sachverständigen erhalten Gebühren wie bei Vernehmungen vor dem ordentlichen Gericht in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten[28]). Ist die Vernehmung durch den ersuchten Richter erfolgt, so wird durch diesen auch die Festsetzung der Gebühren vorgenommen; eine etwaige Beschwerde gegen die Festsetzung richtet sich nach den Vorschriften der ZPO.[29]). Erfolgt die Vernehmung vor

---

[26]) Uebereinstimmend Düttmann-Appelius: Anm. 3 zu § 1574.

[27]) §§ 1576, 1577.

[28]) § 1579 Abs. I RVO.; § 401 ZPO.

[29]) Für die Bemessung gilt die Gebührenordnung vom 20. Mai 1898 für Zeugen und Sachverständige. Gemäß § 13 der Geb.-Ord. gilt in Preußen das Gesetz betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 und die Verordnung betr. die Tage-

dem Versicherungsamt, so ist die Beschwerde gegen die Festsetzung der Gebühren an das Oberversicherungsamt gegeben, das endgültig entscheidet[30]).

Die Entscheidung der Frage, ob ein Arzt die Gebühren eines Zeugen oder eines Sachverständigen zu beanspruchen hat, richtet sich nach dem Inhalte seiner Aussage; auf die Bezeichnung in der Ladung kommt es allein nicht an[31]).

d) Während grundsätzlich der Versicherungsträger den Umfang der Ermittlungen nach seinem pflichtgemäßen Ermessen zu bestimmen hat, ist er in einem Falle an ein bestimmtes Verfahren gebunden. Soll nämlich auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente gewährt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören, wenn er nicht schon ein ausreichendes Gutachten erstattet hat[32]). Wenn mehrere Aerzte für den Verletzten tätig geworden sind, so richtet sich die Entscheidung über die Frage, welcher Arzt als „behandelnder" Arzt zu hören ist, nach den Umständen des Einzelfalls. Unter Umständen sind dann beide Aerzte anzuhören, wenn der zuerst hinzugezogene Arzt tatsächlich auch eine Behandlung ausgeführt hat. Auch ein Arzt, der den Verletzten nur einmal auf die Folgen des Unfalls hin untersucht und ihm Arznei verordnet hat, ist als „behandelnder" Arzt anzusehen[33]).

---

gelder und Reisekosten der Medizinalbeamten vom gleichen Tage. Wenn die von den Aerzten geforderten Verrichtungen zu den amtlichen Verrichtungen des Kreisarztes gehören, unter welche auch die Tätigkeit als gerichtlicher Sachverständiger fällt (Amtl. Nachrichten 1911, Seite 487, Ziff. 2498), so kommen deren Sätze gemäß § 12 des Gesetzes vom 14. Juli 1909 auch auf nicht beamtete Aerzte in Anwendung. Andernfalls gilt die Privattaxe vom 15. Mai 1896. Vergl. Joachim-Korn Band 1, Seite 74, 75.

[30]) § 1579 Abs. II.

[31]) Amtl. Nachrichten 1909, Seite 417, Ziff. 2300; Beschluß Bayer. OLG. in Strafsachen vom 29. November 1907, Band 8, Seite 120.

[32]) § 1582 Abs. I.

[33]) Amtl. Nachrichten 1911, Seite 449, Ziff. 2492.

Eine Verpflichtung zum Hören des „behandelnden Arztes" besteht jedoch nur dann, wenn die Ablehnung auf Grund eines ärztlichen Gutachtens und nicht aus einem anderen Grunde erfolgen soll. Die Entscheidung muß sich ausschließlich oder wesentlich auf eine eigentlich medizinisch-wissenschaftliche Feststellung und Begutachtung gründen[34]). Die Vorschrift greift nicht Platz, wenn z. B. der Unfall nicht erwiesen oder der Anspruch verjährt ist und dies die Gesichtspunkte für die Entscheidung bilden.

In welcher Form und in welchem Umfange der behandelnde Arzt zu hören ist, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles. Falls er schon vor der Erstattung des Gutachtens, auf welches die Ablehnung begründet wird, gehört worden ist, so bedarf es einer nochmaligen Anhörung nicht. Zum Begriff des „Hörens" genügt jedoch nicht, daß dem behandelnden Arzt lediglich anheimgestellt wird, sich zu äußern oder daß er mehrmals erfolglos zur Aeußerung aufgefordert wird[35]). Da das Gesetz eine Strafvorschrift für die Unterlassung der Aeußerung nicht aufstellt, so muß in letzterem Falle der Versicherungsträger durch Ersuchen des Versicherungsamtes oder des Amtsgerichts die Aeußerung erzwingen[36]). Die Vernehmung des Arztes als sachverständiger Zeuge wird in der Regel genügen[37]). Steht der behandelnde Arzt zu dem Versicherungsträger in einem nicht nur vorübergehenden Vertragsverhältnis, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören[38]). Ein solches Vertragsverhältnis liegt jedoch nicht schon dann vor, wenn der Arzt für sich oder die Aerztekammer für die zu ihr gehörigen Aerzte mit dem Versicherungsträger ein Abkommen darüber getroffen hat, nach welchen Sätzen sie Honorar für ihre Gutachten

---

[34]) Amtl. Nachrichten 1901, Seite 557, Ziff. 1877; 1908, Seite 549, Ziff. 2257.

[35]) Amtl. Nachrichten 1904, Seite 619, Ziff. 2072; 1904, Seite 412. Ziff. 2047.

[36]) Amtl. Nachrichten 1905, Seite 574, Ziff. 2123.

[37]) Amtl. Nachrichten 1908, Seite 496, Ziff. 2235.

[38]) § 1582 Abs. II.

beanspruchen dürfen[39]). Die vorläufige Feststellung des Versicherungsträgers ist in einem schriftlichen Bescheid zu treffen, gegen welchen binnen eines Monats nach Zustellung Erhebung des Einspruchs zulässig ist.

e) Das Einspruchsverfahren war im Entwurf nicht besonders geregelt und ist erst durch die Reichstagskommission eingefügt worden zum Ausgleich dafür, daß das Verfahren über die vorläufige Rente (§ 1585) und das Verfahren über die Aenderung der Dauerrenten (§ 1584) bei dem Oberversicherungsamt abschließt, der Rekurs an das Reichsversicherungsamt also ausgeschlossen ist[40]).

Die rechtzeitige Erhebung des Einspruchs begründet das Recht auf persönliches Gehör des Berechtigten, entweder vor der Stelle, die den Bescheid erlassen hat, oder vor dem Versicherungsamte, in dessen Bezirk der Berechtigte zur Zeit der Vernehmung wohnt oder beschäftigt ist (§ 1582). Auch in diesem Abschnitt des Verfahrens kann der Berechtigte den Antrag stellen, das Gutachten eines bisher noch nicht gehörten Arztes einzuholen. In der Reichstagskommission wurde während der Beratungen zum Ausdruck gebracht, daß das Versicherungsamt in der Zuziehung von Aerzten im Einspruchsverfahren ganz besondere Vorsicht und Sorgfalt anwenden und namentlich alle gegen die Interessen der Verletzten rücksichtslosen Aerzte, denen gegenüber auch nur die leisesten Vermutungen irgendwelcher Beziehungen zu den Versicherungsträgern vorliegen würden, zurückweisen würde[41]). Das Versicherungsamt hat dem Antrage auf Einholung des Gutachtens dann stattzugeben, wenn nicht schon durch den Versicherungsträger ein Arzt gehört ist, dem der Versicherte nach seiner Wahl die Behandlung übertragen hat, und wenn nach Ansicht des Versicherungs-

---

[39]) Komm.-Ber. V, Seite 69; Amtl. Nachrichten 1906, Seite 274, Ziff. 2139.

[40]) Komm.-Ber. V, Seite 70—123; Düttmann-Appelius: Anm. 1 zu § 1583; Olshausen: Anm. 1 zu § 1585, Anm. 1 zu § 1590.

[41]) Komm.-Ber. V, Seite 112.

amtes das Gutachten für die Entscheidung von Bedeutung sein kann[42]).

Lehnt der vom Versicherungsamt um sein Gutachten ersuchte Arzt die Erstattung ab, so entscheidet das Versicherungsamt, ob und von welchem anderen Arzte ein Gutachten einzuholen ist.

Um dem Verletzten für alle Fälle ein ärztliches Gutachten sicherzustellen, ist jedoch weiter — unabhängig von dem Ermessen des Versicherungsamtes über die Sachdienlichkeit und ohne Rücksicht darauf, daß der behandelnde Arzt des Verletzten gehört ist — dem Berechtigten das Recht gegeben, die Vernehmung eines von ihm bezeichneten Arztes als Gutachter zu beantragen, wenn er die Kosten im voraus entrichtet[43]). Aus der auf möglichste Beschleunigung gerichteten Tendenz des Feststellungsverfahrens ist zu folgern, daß der Antrag — ebenso wie im Falle des § 1595 — spätestens bei der Vernehmung zu stellen ist[44]). Lassen sich die Kosten im voraus nicht bestimmen, so kann das Versicherungsamt einen Pauschalbetrag als Sicherheitsleistung für diese Kosten erfordern. Wird auf Grund des neuen Gutachtens eine dem Berechtigten günstigere Entscheidung als im Vorbescheid getroffen, so sind ihm die Kosten insoweit zu erstatten, als es angemessen ist[45]). Inwieweit dem neuen Gutachter die vorhandenen ärztlichen Gutachten mitzuteilen sind, entscheidet das Versicherungsamt. Die Einsicht wird vornehmlich dann zu verwehren sein, wenn die Gefahr einer Befangenheit der neuen Gutachter auf Grund der früheren Gutachten zu erwarten ist[46]). Auf Verlangen muß jedoch Einsicht in die übrigen Vorverhandlungen gewährt werden[47]).

---

[42]) § 1595 Abs. I.

[43]) § 1596.

[44]) Düttmann-Appelius: Anm. 1 zu § 1596.

[45]) § 1596 Abs. II.

[46]) Komm.-Ber. V, Seite 114.

[47]) § 1597.

Zweifelhaft ist, ob der Berechtigte das Recht auf Vernehmung des von ihm bezeichneten Arztes als Gutachter gemäß § 1596 nur dann hat, wenn seine Vernehmung vor dem Versicherungsamt erfolgt, oder auch dann, wenn die Vernehmung lediglich durch den Versicherungsträger vorgenommen wird. Düttmann/Appelius wollen in letzterem Fall das Recht auf Vernehmung eines Arztes des Berechtigten um deswillen nicht als gegeben ansehen, weil in den Fällen der §§ 1596, 1597 lediglich Entscheidungen des Versicherungsamtes vorgesehen seien, des Organs des Versicherungsträgers aber nicht gedacht sei. Da der Berechtigte in dem Bescheide gemäß § 1590 schon auf § 1596 hingewiesen werden müsse, so wisse er rechtzeitig, daß er die Vernehmung durch das Versicherungsamt zu beantragen habe, falls er die Anhörung eines Arztes verlangen wolle[48]). Diesen Ausführungen wird jedoch nicht beizutreten sein. Aus dem Wortlaut des § 1598 „findet die Vernehmung vor dem Versicherungsamte statt — wozu als Gegensatz nur eine Vernehmung vor der für den Erlaß des Bescheides zuständigen Stelle gedacht werden kann — so kann es sich auch zur Sache äußern", muß entnommen werden, daß der Berechtigte in jedem Fall das Recht auf Vernehmung des von ihm bezeichneten Arztes als Gutachter hat[49]).

f) Die Feststellung durch die Berufsgenossenschaft wird in erster Instanz abgeschlossen durch einen Endbescheid[50]). Um dem Berechtigten eine gründliche Prüfung der Sachlage zu ermöglichen, bevor er gegen den Endbescheid Berufung einlegt, sind ihm auf Antrag Abschriften der Niederschriften über die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen sowie der ärztlichen Gutachten zu erteilen, wenn er die Kosten vorher bezahlt[51]). Die Abschriften sind jedoch nur

---

[48]) Anm. 1 zu § 1596.

[49]) Uebereinstimmend Olshausen: Anm. 1 zu § 1595, Anm. 1 zu § 1596.

[50]) § 1606.

[51]) § 1607 Abs. II.

insoweit zu erteilen, als dies mit Rücksicht auf die Berechtigten zulässig erscheint. Bemerkungen in den Gutachten, die geeignet sind, den Verletzten zu beunruhigen oder zu verletzen, sachlich aber entbehrlich sind, sollen in den Abschriften fortgelassen werden[52]).

2. Wenngleich bei der Feststellung in Sachen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eine Mitwirkung des Versicherungsamtes in weiterem Umfange vorgesehen ist als bei der Unfallversicherung, so bildet auch hier die Versicherungsanstalt als Versicherungsträger die Spruchstelle erster Instanz. Die Schaffung der für die Entscheidung nötigen Unterlagen ist jedoch Aufgabe des Versicherungsamtes, das zunächst in einem vorbereitenden Verfahren und nach dessen Abschluß in einem Verfahren mit mündlicher Verhandlung tätig wird.

a) Das vorbereitende Verfahren ist durch den Vorsitzenden des Versicherungsamtes einzuleiten, wenn Anträge auf Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung an das Versicherungsamt gerichtet werden. Diesen Anträgen s o l l e n Beweisstücke beigefügt werden. Wenngleich es also grundsätzlich Sache des Rentenbewerbers ist, den Nachweis seiner Invalidität zu erbringen, so darf doch die Entscheidung über den Rentenantrag nicht deshalb abgelehnt werden, weil ein ärztliches Attest nicht eingereicht ist[53]). Die Kosten für das ärztliche Attest hat der Rentenbewerber selbst zu entrichten[54]). Allerdings hat sich die Praxis herausgebildet, daß die Versicherungsanstalt, wenn dem Rentenantrage stattgegeben wird, nachher die Kosten erstattet oder dem Antragsteller ein Zuschußhonorar gewährt[55]). Der Vorsitzende des Versicherungsamtes ermittelt nach freiem Ermessen, was zur Klarstellung des

---

[52]) Handbuch der Unfallversicherung I, Seite 479.

[53]) Amtl. Nachrichten 1895, Seite 256, Ziff. 466.

[54]) Amtl. Nachrichten 1900, Seite 826.

[55]) Vergl. von Frankenberg: Annalen des Deutschen Reiches 1902, Seite 335 ff.

Sachverhaltes erforderlich ist[56]): insbesondere kann er Beweis erheben, Augenschein einnehmen, Gutachten von Aerzten und amtliche Auskünfte einholen, Zeugen und Sachverständige vernehmen, und zwar auch eidlich, wenn er es zur Herbeiführung einer wahren Aussage für notwendig hält[57]).

Auf Antrag des Berechtigten ist das Gutachten eines von ihm benannten Arztes einzuholen, wenn das Gutachten nach Ansicht des Versicherungsamtes für die Entscheidung von Bedeutung sein kann und der Berechtigte die Kosten vorher zahlt. Im übrigen gelten für die Vernehmung eines ärztlichen Sachverständigen die Vorschriften der §§ 1595 Abs. II, 1596, 1597 entsprechend. Jedoch ist trotz der allgemeinen Verweisung auf § 1596 das daselbst ausgesprochene unbedingte Recht, die Vernehmung eines von ihm bezeichneten Arztes zu verlangen, durch den Wortlaut der Vorschrift nicht als gegeben anzusehen. Ein in der Reichstagskommission gestellter Antrag[58]), welcher die speziell für das Gebiet der Unfallversicherung bestimmte Vorschrift des § 1596 auch auf die Invalidenversicherung übertragen und die Zuziehung eines Arztes lediglich von vorheriger Kostentragung abhängig machen wollte, wurde nach Annahme in erster Lesung durch einen dem Wortlaut des § 1617 Abs. III entsprechenden Antrag 787 Ziffer 2 b in zweiter Lesung ersetzt.

Zur Abgabe des von ihm erforderten Gutachtens ist der Arzt verpflichtet. Dies folgt sowohl aus der Entstehungsgeschichte, wonach die Absicht der Kommission dahin ging, für den häufig vorkommenden Fall, daß Aerzte es ablehnten, für den Versicherten ein Gutachten abzugeben, eine amtliche Vermittlungsstelle mit Zwangsbefugnissen einzurichten[59]), wie auch aus der Stellung des Versicherungsamtes, das in diesem verwaltungsgerichtlichen

[56]) § 1617.
[57]) §§ 1652, 1617 Abs. I.
[58]) Nr. 511; Komm.-Ber. VI, Seite 127.
[59]) Komm.-Ber. Seite 128.

Verfahren dieselben Befugnisse zur Erzwingung des persönlichen Erscheinens und der Abgabe des Gutachtens wie das ordentliche Gericht hat.

Da der Arzt die Wissenschaft, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerbe ausübt oder — wie der Amtsarzt — öffentlich bestellt ist, so besteht gemäß § 407 ZPO. eine Pflicht zur Erstattung des Gutachtens[60]). Im Falle einer Weigerung wird jedoch für die Bemessung einer Strafe nicht § 409 ZPO. anzuwenden sein, wie Düttmann/Appelius annehmen, sondern die Vorschrift des § 1577 analog Anwendung finden müssen, da bei der Vernehmung vor dem Versicherungsamt kein Grund für eine unterschiedliche Behandlung durch die Anwendung verschiedener Strafnormen gegeben ist. § 409 ZPO. greift nur dann Platz, wenn die Vernehmung vor dem ordentlichen Gericht stattfindet. Dieselben Gründe, welche einen Zeugen berechtigen, das Zeugnis zu verweigern[61]), berechtigen auch den Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens[62]).

b) Nach Abschluß der Erhebungen durch den Vorsitzenden findet die weitere Erörterung der Sache vor dem Versicherungsamt statt, und zwar in mündlicher Verhandlung unter Zuziehung von je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten, es sei denn, daß der Versicherungsträger und der Berechtigte einig sind[63]). Zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung kann der Vorsitzende noch weitere Beweiserhebungen vornehmen, insbesondere die Untersuchung des Antragstellers und die Begutachtung seines Gesundheitszustandes durch einen Arzt, sowie sein persönliches Erscheinen in der mündlichen Verhandlung anordnen.

Wenngleich die Anwesenheit eines Arztes bei der mündlichen Verhandlung nicht ausdrücklich vorgeschrieben ist,

---

[60]) Amtl. Nachrichten 1905, Seite 474, Ziff. 2123.

[61]) §§ 383—385 ZPO.

[62]) § 408 ZPO. (Anderer Ansicht Düttmann-Appelius: Anm. 4e zu § 1617.)

[63]) § 1624 Abs. I.

so wird sich doch in vielen Fällen seine Zuziehung empfehlen, wie sie bereits auch bisher in Preußen auf Grund der Ministerialanweisung vom 15. November 1908 erfolgte. Im übrigen kann die oberste Verwaltungsbehörde das Verfahren über die Vorbereitung und Begutachtung der Sache durch das Versicherungsamt näher bestimmen, soweit es nicht durch Kaiserliche Verordnung auf Grund des § 35 Abs. II geregelt ist[64]).

Nachdem das Versicherungsamt sein Gutachten über die Sache erstattet hat, erfolgt der schriftliche Bescheid der Versicherungsanstalt an den Antragsteller, durch welchen nunmehr die Feststellung getroffen wird. Für die Mitteilung von Abschriften, ärztlichen Gutachten sowie der Niederschriften über die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen bei Ablehnung des Anspruchs gilt die Vorschrift des § 1607 entsprechend[65]).

c) Ist ein Antrag auf Rente abgelehnt worden, weil dauernde Invalidität nicht nachweisbar war, oder ist eine Rente rechtskräftig entzogen, weil Invalidität nicht mehr vorlag, so kann der Antrag regelmäßig erst ein Jahr nach Zustellung der Entscheidung wiederholt werden. Eine frühere Wiederholung ist nur dann zulässig, wenn glaubhaft bescheinigt wird, daß inzwischen Umstände eingetreten sind, die den Nachweis der Invalidität liefern. Wenngleich nach der Erklärung eines Regierungsvertreters in der Reichstagskommission unter dem Ausdruck „glaubhaft bescheinigt" nur ein Wahrscheinlichkeitsbeweis zu verstehen ist, so wird auch in diesem Falle die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses regelmäßig erfolgen müssen[66]). Zu beachten ist, daß die Nichtbeibringung der Bescheinigung die Zurückweisung des vorzeitig wiederholten Antrags durch

---

[64]) § 1627. Die Vorschrift entspricht dem § 64 Ziff. VI des Invalidenversicherungsgesetzes, auf Grund dessen die Preußische Anweisung vom 15. November 1908 erlassen worden ist.

[65]) § 1631 Abs. II.

[66]) Komm.-Ber. III, Seite 138.

unanfechtbaren Bescheid des Versicherungsamtes zur Folge hat, wohingegen die Vorschrift des § 1613 auf Beifügung der Beweisstücke nur instruktioneller Natur ist, deren Nichtbefolgung mit keinem Rechtsnachteile verbunden ist.

II. Feststellung im Spruchverfahren.

1. Verfahren vor dem Versicherungsamt.

Während die Feststellung der Leistungen aus der Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in erster Instanz durch die Versicherungsträger erfolgt, ist im Feststellungsverfahren über Ansprüche auf Leistungen der Krankenversicherung das Versicherungsamt die erste entscheidende Instanz. Damit ist ein einheitliches Verfahren eingeführt an Stelle der nach § 58 Abs. I des Krankenversicherungsgesetzes je nach der Art der Ansprüche verschieden geregelten Zuständigkeit: teils der Aufsichtsbehörde, teils der ordentlichen Gerichte oder Verwaltungsbehörden.

a) Die Anträge auf Leistungen aus der Krankenversicherung sind zunächst bei der Krankenkasse oder dem sonst Verpflichteten geltend zu machen. Entsteht Streit über die Leistungen, so ist die Entscheidung des Versicherungsamtes zu beantragen; jedoch bewirkt der Antrag an sich keinen Aufschub hinsichtlich der Leistungen der Krankenkasse[67]).

b) Im Gegensatz zu dem Feststellungsverfahren in der Invaliden- und Unfallversicherung, wo die Versicherungsträger die Entscheidung zu treffen haben, sind in diesem Verfahren keine die Beweisdisposition des Versicherungsamtes einengenden Vorschriften getroffen. Ein Recht, die Einholung ärztlicher Gutachten zu beantragen oder sie auch sogar wider den Willen des Versicherungsamtes oder des Versicherungsträgers zu verlangen, ist hier dem Berechtigten nicht gegeben. Jedoch ist aus dieser Regelung eine

[67]) Dies ergibt sich aus § 1651.

Benachteiligung des Versicherten um so weniger zu befürchten, als es sich bei dem Spruchverfahren um ein Offizialverfahren handelt, in dem unabhängig von einem etwaigen Beweisantritt seitens einer Partei — von Amts wegen die materielle Wahrheit zu erforschen ist[68]). Der Beweis ist erschöpfend zu erheben, die ungenügende Aufklärung des Sachverhalts bildet einen wesentlichen Mangel des Verfahrens, der die Aufhebung der Entscheidung rechtfertigt[69]). Im übrigen gelten für die Verpflichtung zur Abgabe von Gutachten und zum persönlichen Erscheinen als Zeuge oder Sachverständiger die Vorschriften der §§ 1574 Abs. 1, 1575, 1577—1579 entsprechend (§ 1652 Abs. 3).

2. Verfahren vor dem Oberversicherungsamt.

Das Oberversicherungsamt ist die gemeinsame zweite Instanz für alle Gebiete der Reichsversicherung. Es entscheidet die Spruchkammer über die Berufung gegen Endbescheide der Träger der Unfallversicherung, gegen Bescheide der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie gegen die Urteile des Versicherungsamtes in Sachen der Krankenversicherung[70]).

a) Für das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt gelten die Vorschriften über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt (§§ 1636—1674) entsprechend, soweit nicht für die Berufungsinstanz besondere Vorschriften getroffen sind[71]). Ein Einfluß auf die Beweisdisposition, wie er gemäß §§ 1595, 1596 bei Unfallsachen und nach § 1617 in Sachen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in erster Instanz ausgeübt werden kann, ist in der Berufungsinstanz ausgeschlossen. Ueber den Umfang der Beweisaufnahme hat lediglich das freie Ermessen des Oberversicherungsamtes zu entscheiden. Ein in der Reichstagskommission gestellter

---

[68]) Amtl. Nachrichten 1911, Seite 420, Ziff. 1548.

[69]) Amtl. Nachrichten 1909, Seite 499, Ziff. 1405; Amtl. Nachrichten 1892, Seite 333, Ziff. 848.

[70]) § 1675.

[71]) §§ 1680—1683.

Antrag, die für die erste Instanz hinsichtlich der Vernehmung eines ärztlichen Sachverständigen getroffenen Vorschriften auch entsprechend auf die Berufungsinstanz zu übertragen, ist abgelehnt worden[72]).

Wenn das Oberversicherungsamt einem Antrage des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen, daß ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werde, stattgeben will, so kann es die Anhörung von der Bedingung abhängig machen, daß der Antragsteller die Kosten vorschießt und sie endgültig trägt, falls das Oberversicherungsamt nicht anders entscheidet[73]). Hat das Gutachten wesentlich zur Aufklärung des Sachverhaltes beigetragen, so werden auch die dafür aufgewendeten Kosten als gerichtliche Kosten des Verfahrens anzusehen sein, ebenso wie wenn das Gutachten von Amts wegen erfordert wäre.

b) Eine zweckentsprechende Ausdehnung auf die Kranken- und Invalidenversicherung hat der § 8 des Gesetzes vom 9. Juli 1900 betr. die Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes gefunden. Nach § 1686 hat die Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes je für vier Jahre am Schlusse des letzten[74]) — in der Regel nach Anhörung der zuständigen Aerztevertretung[75]) — aus seinem Bezirk

---

[72]) Komm.-Ber. III, Seite 161, 164.

[73]) §§ 1681, 1670.

[74]) Vergl. v. Frankenberg: Annalen 1902, Seite 333; nach früherem Recht fanden die Wahlen nur für die Dauer eines Jahres statt. Für Preußen vergl.: Anweisung des Ministers für Handel und Gewerbe betr. die Wahl der ärztlichen Sachverständigen bei den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung vom 29. Dezember 1900 mit der Abänderung in der Verfügung vom 21. Oktober 1909 (Ministerialblatt für Handel und Gewerbe 1909, Seite 493); Amtl. Nachrichten 1910, Seite 407.

[75]) Ueber die ärztlichen Standesvertretungen vergl. Joachim-Korn: Seite 453 ff. Für Preußen gilt die Kgl. Verordnung betr. die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung vom 25. Mai 1887 (GS. Seite 169), seitdem verschiedentlich ergänzt, und für Bayern die KAVO. vom 9. Juli 1895, die Bildung von Aerztekammern und ärztlichen Bezirksvereinen betr. (GVBl. Seite 311),

die Aerzte auszuwählen, welche es als Sachverständige nach Bedarf zuzieht. Zu welcher Zeit das Oberversicherungsamt zum erstenmal die Auswahl der Aerzte vorzunehmen hat, wird von der obersten Verwaltungsbehörde bestimmt. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die (gemäß § 8 des Gesetzes vom 9. Juli 1900) gewählten Aerzte auch zu denjenigen Sachen hinzugezogen, welche nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu beurteilen sind[76]). Mindestens zur Hälfte müssen die zu wählenden Aerzte am Sitze des Oberversicherungsamtes wohnen, ihre Namen sind öffentlich bekannt zu machen. Den Sachverständigen ist nach Maßgabe der von der obersten Verwaltungsbehörde hierüber zu erlassenden Anordnung vor Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten zu gewähren.

Während der Entwurf keine besonderen Einschränkungen bezüglich der Auswahl dieser Vertrauensärzte enthielt[77]), glaubte die Reichstagskommission noch eine besondere Garantie dafür schaffen zu müssen, daß die vor dem Oberversicherungsamt als Gutachter tätigen Aerzte von den Versicherungsträgern vollständig unabhängig seien. Demgemäß wurde die Bestimmung eingefügt, daß in Sachen der Unfallversicherung keine Aerzte als Sachverständige hinzugezogen werden dürfen, die in einem Vertragsverhältnis zu Trägern der Unfallversicherung stehen oder von ihnen regelmäßig als Gutachter in Anspruch genommen werden. Das entsprechende gilt für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Demnach ist lediglich die Zuziehung dann verboten, wenn das Vertragsverhältnis mit Versicherungsträgern gleicher Art, wie sie dem Versicherten im

---

in beiden Staaten sind danach die Aerztekammern zuständig. Eine Standesvertretung für Aerzte besteht bisher noch nicht in: Bremen, Mecklenburg-Schwerin und -Strelitz, Reuß ältere und jüngere Linie, Sachsen-Altenburg, Sachsen-Coburg-Gotha, Sachsen-Meiningen, Sachsen-Weimar-Eisenach, Schwarzburg-Rudolstadt und -Sondershausen, Waldeck.

[76]) Artikel 98 Einf.-Ges. EVO.

[77]) § 1646 des Entwurfs.

Verfahren gegenüberstehen, abgeschlossen ist. Ein Vertragsverhältnis mit einer Versicherungsanstalt ist daher kein Ausschlußgrund in einem Verfahren, in dem eine Berufsgenossenschaft Partei ist, und umgekehrt[78]).

Auch hier ist ebenso wie im Falle des § 1582 ein Vertragsverhältnis nicht schon dann anzunehmen, wenn Aerzte mit einem Versicherungsträger lediglich ein Abkommen darüber getroffen haben, nach welchen Sätzen sie Honorar für ihr Gutachten zu beanspruchen haben[79]). Wenn jedoch ein Arzt in der Vorinstanz bereits als Gutachter vernommen ist, so kann er, wenn ein anderer ärztlicher Sachverständiger ein entgegenstehendes Gutachten abgibt, vom Oberversicherungsamt in derselben Sache nicht wiederum als Obergutachter gehört werden[80]).

Die Vertrauensärzte sind nicht in jeder Sache zu hören, sondern nur, wenn ein in der Sache begründetes Bedürfnis vorliegt. Sie nehmen gleichsam die Stellung als Obergutachter ein, die jedoch nicht ein Urteil für oder gegen den Anspruch abzugeben, sondern sich vielmehr darüber zu äußern haben, ob die Vorgutachten nach Befund und Diagnose schlüssig sind, ob ferner der jetzige Befund sich mit dem früheren deckt und inwieweit weitere Aufklärungen erforderlich sind. Nach dem Preußischen Ministerialerlaß vom 21. September 1909[81]) ist besondere Vorsicht dann geboten, wenn bei der Natur des vorliegenden Leidens in der Regel durch eine flüchtige Untersuchung, wie sie in der Verhandlung nur möglich ist, weder ein sicheres Urteil über das Vorliegen der Erwerbsunfähigkeit gewonnen werden kann, noch eine gründliche Widerlegung des in dem früheren Gutachten meist durch sorgfältige Untersuchung oder längere Beobachtung festgestellten objektiven Befundes und der daraus gezogenen Folgerungen angängig ist[82]).

[78]) Komm.-Ber. Seite 169, 171.
[79]) Komm.-Ber. Seite 169.
[80]) Komm.-Ber. Seite 170.
[81]) Amtl. Nachrichten 1910. Seite 407.
[82]) Düttmann-Appelius: Anm. 7 zu § 1686.

3. Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt und Wiederaufnahme des Verfahrens.

a) Gegen die Urteile der Spruchkammern ist in Sachen der Krankenversicherung sowie der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung — abgesehen von den Ausnahmefällen der §§ 1595, 1596 — die Revision, in Sachen der Unfallversicherung — abgesehen von den Ausnahmefällen des § 1700 — der Rekurs an das Reichsversicherungsamt gegeben, sofern nicht die Zuständigkeit eines Landesversicherungsamtes begründet ist[83]). Hinsichtlich etwaiger Beweiserhebungen gelten die entsprechenden Vorschriften über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt[84]). Bei eingelegtem Rekurs kann das Reichsversicherungsamt, wenn es einem Antrage des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen, daß ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werde, stattgeben will, diese Anhörung von der Bedingung abhängig machen, daß der Antragsteller die Kosten vorschießt[85]).

b) Bei der Wiederaufnahme des Verfahrens ist zu beachten, daß der nach § 1723 Ziffer VI zulässige Fall der Wiederaufnahme — wenn eine Partei nachträglich eine Urkunde, die eine ihr günstigere Entscheidung herbeigeführt haben würde, auffindet oder zu benützen in Stand gesetzt wird — nicht schon dann gegeben ist, wenn ein ärztlicher Sachverständiger ein neues Gutachten abgibt, das von dem früher in der Sache erstatteten abweicht. Dies gilt auch dann, wenn er sein früher erstattetes Gutachten als irrtümlich zurückzieht[86]).

4. Verfahren nach dem Gesetz vom 20. Dezember 1911.

Das Verfahren über die Leistungen aus der Versicherung für Angestellte ist im wesentlichen den Vorschriften über

---

[83]) § 1708.

[84]) § 1698.

[85]) §§ 1701, 1691.

[86]) Begründung zu § 1675 des Entwurfs, Seite 150; Amtl. Nachrichten 1896, Seite 251; 1892. Seite 311.

das Verfahren der Reichsversicherungsordnung in Sachen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nachgebildet[87]). Feststellungsorgan in erster Instanz ist der Rentenausschuß, der als Organ der Reichsversicherungsanstalt tätig wird[88]). Die Schaffung eines besonderen Feststellungsorgans, dessen Befugnisse auch an sich auf das Versicherungsamt hätten übertragen werden können, ist erfolgt, um der Forderung der Angestellten, daß ihren Berufs- und Standesgenossen eine entscheidende Stimme bei der Feststellung der Versicherungsleistung zukomme, entsprechen zu können.

Ueber Anträge auf Einleitung eines Heilverfahrens wird durch die Reichsversicherungsanstalt nach freiem Ermessen entschieden, nachdem der Vorsitzende des Rentenausschusses vorher den Sachverhalt klargestellt hat[89]). Ihm liegt daher ob, festzustellen, ob der Versicherte derart erkrankt ist, daß Berufsunfähigkeit droht, und ob das Leiden von der Art ist, daß ein Heilverfahren Aussicht auf Erfolg bietet. In der Regel wird er die Klarstellung nur auf Grund ärztlicher Gutachten treffen können; eine ausdrückliche Verpflichtung zur Einholung eines Gutachtens ist jedoch durch das Gesetz nicht ausgesprochen, auch dann nicht, wenn der Berechtigte die Kosten vorher zahlt. Ebenso ist der Rentenausschuß bei der Feststellung der Leistungen in seiner Beweisdisposition nicht beschränkt.

b) Gegen den Bescheid des Rentenausschusses ist die Berufung an das Schiedsgericht gegeben[90]). Ständige Vertrauensärzte, wie bei Oberversicherungsämtern gemäß § 1686 der RVO., sind hier nicht vorgesehen. Gegen die Urteile des Schiedsgerichts ist mit Ausnahme einfacherer Fälle, in denen kein Bedürfnis für die Anrufung der höchsten

[87]) §§ 229—335 des Gesetzes.
[88]) §§ 229, 122, 123.
[89]) §§ 36, 238, 122.
[90]) §§ 157, 270.

Instanz besteht[91]), die Revision an das Oberschiedsgericht zulässig[92]).

Im übrigen kann eine weitere Regelung des Verfahrens der Schiedsgerichte und Oberschiedsgerichte durch Kaiserliche Verordnung mit Zustimmung des Bundesrates erfolgen (§ 156).

§ 15. Die Regelung des Verhältnisses zwischen Aerzten und Krankenkassen in dem schweizerischen Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 und die Aussichten einer künftigen Gestaltung in der deutschen Gesetzgebung.

1. Die ausländische Sozialgesetzgebung, welche im wesentlichen dem deutschen Vorbilde gefolgt ist, hat ebenfalls in den meisten Fällen davon abgesehen, nähere Bestimmungen über die Regelung des Verhältnisses zwischen Aerzten und Krankenkassen zu treffen. Lediglich Luxemburg hat in dem Krankenversicherungsgesetz vom 31. Juli 1901 die freie Aerztewahl gesetzlich festgelegt. Diesem Vorbilde ist nun neuerdings die Schweiz in dem Bundesgesetz über die Kranken-Unfallversicherung vom 13. Juni 1911 gefolgt.

Das schweizerische Gesetz schreibt grundsätzlich vor, daß jedem erkrankten Mitgliede einer Krankenkasse die Wahl unter den an seinem Aufenthaltsort oder in dessen Umgebung praktizierenden Aerzten freistehen soll[1]). Allerdings sind auch in diesem Gesetz Verträge der Kasse mit den Aerzten oder Vereinigungen von Aerzten vorgesehen, wonach ausschließlich diesen Aerzten die Behandlung der Mitglieder anvertraut und die Bezahlung von ungerechtfertigten Behandlungskosten oder von Arzneien, die nicht von einem zur Behandlung befugten Arzt verordnet worden

---

[91]) § 282.

[92]) §§ 281, 162.

[1]) Artikel 15 des Gesetzes vom 13. Juni 1911.

sind, abgelehnt werden kann[2]). Jedoch können alle Aerzte, die seit mindestens einem Jahre regelmäßig im Tätigkeitsgebiete der Kasse praktizieren, einem solchen Vertrage beitreten.

Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind Mindest- und Höchsttarife aufgestellt, die nicht unterboten und nicht überschritten werden dürfen, und die von den Kantonsregierungen nach Anhörung von Vertretern der Kassen sowie der Berufsverbände der Aerzte unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse festgesetzt werden. Die Verträge der Kassen mit Aerzten, welche nach diesen festgesetzten Tarifen abzuschließen sind, unterliegen der Genehmigung und Prüfung der Kantonsregierungen, gegen deren Entscheidung binnen 20 Tagen Rekurs an den Bundesrat ergriffen werden kann[3]). Der Ausschluß eines Arztes aus der Kassenpraxis kann nur aus einem wichtigen Grunde erfolgen, der in der Person oder der Art der Berufsausübung liegen muß; hierüber hat ein Schiedsgericht zu entscheiden, in welchem sowohl die Kassen wie die Aerzte durch die gleiche Zahl von Vertretern mitwirken[4]). Nach Artikel 73 des Gesetzes finden diese Vorschriften auch Anwendung bei den sich aus der Unfallversicherung ergebenden Ansprüchen auf ärztliche Behandlung.

2. Wir stehen vor der Frage, ob eine Regelung des Verhältnisses zwischen Kassen und Aerzten nach diesem Vorbilde befürwortet werden kann, da ja die zurzeit bestehenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nur als Provisorium angesehen werden können. Die Aerzteschaft hat nach Verabschiedung des Gesetzes in der Weise Stellung genommen, daß den organisierten Mitgliedern zur Pflicht gemacht worden ist, Verträge mit Krankenkassen nicht mehr direkt, sondern nur durch Vermittlung der zuständigen Vertragskommission abzuschließen. Ob sich auf diesem

---

[2]) Artikel 16 Abs. I; Artikel 23.
[3]) Artikel 22, Abs. II.
[4]) Artikel 25.

Wege allmählich allgemeine Tarifgrundsätze herausbilden werden, welche als Unterlage der von den lokalen Stellen abzuschließenden Verträge dienen können und die gestatten, von einer gesetzlichen Normierung abzusehen, mag immerhin zweifelhaft erscheinen, um so mehr, als ein Teil der Aerzte die Vermittlung der Organisation ablehnt.

Es muß anerkannt werden, daß bei dem Kassenarztsystem die wirtschaftliche Existenz vieler Aerzte um so unsicherer werden kann, je mehr Personenkreise in die Zwangsversicherung einbezogen werden. Im Interesse des Staates liegt es auch, einen für die Erhaltung der Volksgesundheit so wichtigen Stand in dieser Hinsicht möglichst unabhängig zu stellen, andererseits muß der Staat aber auch den Kassen einen Schutz dagegen gewähren, daß sie bei einer Einführung der freien Aerztewahl nicht mehr belastet werden, als es mit dem Wesen der Sozialversicherung überhaupt vereinbar ist. Gegenüber manchen ungünstigen Urteilen über die durch die freie Aerztewahl herbeigeführte unverhältnismäßige finanzielle Belastung der Kassen[5]) sind in neuerer Zeit Urteile von unparteiischer Seite zu verzeichnen, welche dieses System der Versorgung mit ärztlicher Hilfe mit dem Finanzgebahren der Kasse für vereinbar halten, wenn wirksame Kontrollinstanzen für die Ueberwachung geschaffen werden[6]).

Allerdings sind die Gründe als stichhaltig anzuerkennen, welche die Begründung zum zweiten Entwurf für den ablehnenden Standpunkt gegenüber der gesetzlichen Einführung der freien Aerztewahl geltend gemacht hat: daß nämlich die Kassen schon insofern den Aerzten gegenüber in ungünstigerer Position sich befänden, als sie einem Zwange zum Abschluß eines Vertrages unterlägen, welchem eine Verpflichtung der Aerzte zur Uebernahme der Be-

[5]) Vergl. Stier-Somlo: Die Aerztefrage und der Staat, Seite 21. Seite 29.

[6]) Vergl. Gamer: Aerzte und Krankenkassen in Groß-Stuttgart und Umgebung, Arbeiter-Versorgung 1911, Seite 220; Müller: Die freie Aerztewahl in Magdeburg im Lichte der Praxis.

handlung nicht gegenüberstände. Es fragt sich jedoch, ob den Kassen gegen einen Vertragsschluß, welcher ihnen unbillige Bedingungen auferlegen würde, nicht ein ausreichender Schutz gewährt werden kann.

In dieser Hinsicht erscheinen folgende Wege gangbar: Einmal wäre die gesetzliche Einführung einer allgemeinen Reichskrankenkassentaxe zu erwägen, nach welcher die Vergütung der Einzelleistungen zu erfolgen hätte und bei der örtliche Verschiedenheiten durch bestimmte Lokalzuschläge ausgeglichen werden könnten, die von der höheren Verwaltungsbehörde nach Anhörung von Vertretern der Kassen und der Aerzte festzusetzen wären.

Glaubt man aber die Bemessung der Höhe der Vergütung für die ärztliche Leistung besser der Vereinbarung der Parteien in jedem einzelnen Falle zu überlassen, so wäre ein Schutz der Kasse gegen unbillige Bedingungen in der Art denkbar, daß eine entsprechende Reduktion des zu zahlenden Gesamthonorars einzutreten hätte, wenn die Arztkosten das Budget der Kasse bei bestimmten Beiträgen in einem gewissen Verhältnis belasten würden. Bei einer solchen Regelung würde es in dem eigenen Interesse der Aerzte liegen, beim Verordnen von Arznei immer den Gesichtspunkt der Angemessenheit und Notwendigkeit im Auge zu behalten und übermäßige Besuche zu vermeiden.

Für die Schaffung von Kontroll- und Schiedsgerichtsinstanzen, die sich besonders in Württemberg bewährt haben, dürfte eine Angliederung an das Versicherungsamt am empfehlenswertesten sein, da sich von hier aus die lokalen Verhältnisse am besten übersehen lassen. Diesen Schiedsgerichtsinstanzen, denen Vertreter der Kassen und der Aerzte in gleicher Zahl anzugehören hätten, würde zweckmäßig auch die Aufgabe übertragen werden, Vereinbarungen über den Abschluß von Tarifverträgen zu treffen.

Ob sich allerdings eine Ausdehnung der freien Aerztewahl nach dem Vorbilde der Schweiz auf die Unfallversicherung empfiehlt, mag jedoch zweifelhaft erscheinen. Setzt doch dieser Zweig der sozialen Medizin eine besondere

Kenntnis der auf Wiederherstellung der Funktionen gerichteten Methoden voraus, wie sie bei dem auf diesem Gebiete nicht spezialistisch vorgebildeten Arzte nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden kann; andererseits ist auch hierbei zu berücksichtigen, daß die Beiträge der Unfallversicherung lediglich von den Unternehmern geleistet werden, so daß die Forderung des Verletzten, sich an den Arzt seines Vertrauens zu wenden, nicht in demselben Maße als berechtigt erscheint wie in der Krankenversicherung, wo der Erkrankte auch den größeren Teil der Beiträge geleistet hat.

Wenngleich mannigfache Schwierigkeiten der gesetzlichen Einführung der freien Aerztewahl bei der Krankenversicherung entgegenstehen, so erscheinen sie doch nicht unüberwindbar, und es bleibt zu hoffen, daß sich bald eine Einigung über diese Frage erzielen läßt, ohne daß der Fall des Kassennotstandes eintritt, welcher an Stelle der Versorgung mit ärztlicher Hilfe in natura die auf jeden Fall geringer zu bewertende Barabfindung mit sich bringen kann.

Literatur.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes, bisher 27 Jahrgänge.

Annalen des Deutschen Reiches für Gesetzgebung, Verwaltung und Statistik:

Jahrgang 1901, Seite 182 und 266 ff. Schanze: Ueber die rechtliche Stellung der ärztlichen Standesvertretungen gegenüber den Standesgenossen, den Krankenkassen und den staatlichen Aufsichtsbehörden.

Jahrgang 1902, Seite 321 ff. v. Frankenberg: Die Stellung der Aerzte in der deutschen Arbeiterversicherung.

Jahrgang 1908, Seite 401 ff. Stier-Somlo: Die Kurpfuscherei und ihr Verbot.

Die Arbeiterversorgung, Zentralorgan für das gesamte Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherungsrecht, bisher erschienen in 28 Bänden.

Archiv für öffentliches Recht, Band XIX, 1904: Wengler: Die Kämpfe der Aerzte mit den Krankenkassen.

Aerztliche Mitteilungen, Offizielles Organ des Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, bisher 13 Jahrgänge.

Die Arztfrage in der Reichsversicherungsordnung (bearbeitet von der Geschäftsstelle des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen), Essen 1910.

Bader: Rechtsstaat und Kurpfuschertum, 1910.

Bischoff: Der Einfluß des norddeutschen Gewerbegesetzes auf die Medizin, 1871.

Bericht der 16. Kommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung, Nr. 340 der Drucksachen des Reichstages.

Düttmann, Appelius, v. Frankenberg und andere: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, Altenburg 1912.

Flügge: Das Recht des Arztes, 1903.

Handbuch der Unfallversicherung, von Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes, 3. Auflage, 1909.

Hanow, Hoffmann, Lehmann und andere: Kommentar zur Reichsversicherungsordnung, 1911.

Hahn: Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, 6. Auflage, 1909.

Hoffa: Welche Nachteile haben sich bei der Durchführung der Unfallversicherungsgesetze vom ärztlichen Standpunkte aus ergeben? (Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Band VIII, Seite 19 ff.)

Hoffmann: Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, 1908.

Jaffé: Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung, 1903.

Joachim-Korn: Deutsches Aerzterecht, 1911.

Lennhof: Die zukünftige staatsrechtliche Stellung der Aerzte, 1903.

Magen: Die kassenärztliche Frage in der Vorlage zur Reichsversicherungsordnung, 1910.

Maschke: Boykott, Sperre, Aussperrung, 1911.

Müller: Die freie Arztwahl in Magdeburg im Lichte der Kassenpraxis, 1911.

Neumann: Die öffentlich-rechtliche Stellung der Aerzte, 1903.

Olshausen: Die Krankenversicherung, 1912.

Petersen: Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, 5. Auflage, 1906.

Pick: Das Vertragsverhältnis zwischen Aerzten und Krankenkassen (Sonderabdruck aus der Prager Medizinischen Wochenschrift XXXIV, Oktober 1909).

Piloty: Das Reichsunfallversicherungsrecht, 1890—1893.

Piloty: Die Reichsversicherungsordnung im Entwurf, 1910.

Piloty-Redenbacher: Das Krankenversicherungsgesetz, 2. Auflage, 1903.

Rosin: Das Recht der Arbeiterversicherung, Band I, 1893; Band II, 1905.

Schauseil: Die Stellung der Berufsgenossenschaften zu den Aerzten, 1910.

Schwanck: Die Reform des Heilverfahrens in der Kranken-, Invaliden- und Unfallversicherung als organische Verbindung zwischen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten, 1906; Arbeiter-Versorgung, 1911, Seite 36 ff., 51 ff.

Stier-Somlo: Deutsche Sozialgesetzgebung, 1906.

Stier-Somlo: Die Aerztefrage und der Staat, 1910.

Stier-Somlo: Studien zum sozialen Recht, 1912.

Trutzer: Das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899, 1907.

Zacher: Die Arbeiterversicherung im Auslande, 1900 ff.